

Medizinischer Fragenbogen

Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Mobil _____ Email _____

Schwerwiegende Erkrankungen? nein ___ ja ___ welche _____

Sind Sie in medizinischer Behandlung? nein ___ ja ___ Beschreibung _____

Nehmen Sie Medikamente? nein ___ ja ___ welche _____

Hatten Sie bereits operative Eingriffe? nein ___ ja ___ Art/Datum _____

Hatten Sie ästhetische Operationen? nein ___ ja ___ Art/Datum _____

Hatten Sie nach chirurgischen Eingriffen Schwierigkeiten mit Narbenbildung? nein ___ ja ___

Bitte genauer angeben: _____

Hatten Sie bereits Schönheitseingriffe vornehmen lassen? Laser ___ Peeling ___ Dermabrasion ___

Injektion ___ Goldfaden ___ Ultraschall ___ andere _____

Gab es hier Nebenwirkungen? nein ___ ja ___ welche _____

Hatten Sie bereits eine Faltenunterspritzung oder einen Volumenaufbau im Gesicht, bitte ankreuzen?



Datum der Injektion: _____ Bereich: _____ Name Produkt: _____

Reaktionen auf örtliche Betäubung? nein ___ ja ___ welche/wann _____

Gibt es eine Autoimmunerkrankung oder eine Erkrankung, die das Immunsystem beeinträchtigt?

nein ___ ja ___ welche _____

Leiden Sie unter einer Hautinfektion, Entzündung oder Infektionen im Gesicht?

nein ___ ja ___ welche _____

Treten bei Ihnen gelegentlich Hautreaktionen auf, z.B. Herpes, Akne, Rosacea?

Leiden Sie an einer Leberfunktionsstörung? nein ___ ja ___ _____

Haben Sie Rheuma? nein ___ ja ___ _____

Haben Sie Anfallsleiden/Epilepsie? nein ___ ja ___ _____

Ist eine Störung der Blutgerinnung bekannt/nehmen Sie Blutverdünner?

Rauchen Sie? nein ___ ja ___ Wieviel _____ **Alkohol/Drogenkonsum** nein ___ ja ___ Wieviel _____

Besteht eine Schwangerschaft? Woche? nein ___ ja ___ Woche _____

Allergie/Unverträglichkeiten? nein ___ ja ___ Art _____

Treiben Sie Sport? nein ___ ja ___ Sportart/Häufigkeit _____

Neupatient nein ___ ja ___ **Aufmerksam durch?** Internet ___ Empfehlung ___ Überweisung ___ Print ___

Freiwillige Angabe: Sind Sie geimpft: nein ___ ja ___ oder genesen nein ___ ja ___

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir für vereinbarte Termine, die ich bei Verhinderung nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn absage, eine Ausfallgebühr berechnet wird.

Datenschutz-Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Im Zuge der Neuregelung des Datenschutzes vom 25.05.2018 weisen wir Sie darauf hin, dass von Ihnen Daten erhoben und EDV-gestützt verarbeitet werden. Dies umfasst persönliche-, medizinische- und versicherungstechnische Daten. Die Daten sind für die Behandlung und Abrechnung zwingend notwendig. Wir sichern zu, dass diese Daten mit Sorgfalt behandelt werden. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass schon aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht grundsätzlich keine Weitergabe von Daten an unberechtigte Dritte erfolgt. Die Erklärung zur Nutzung Ihrer Daten kann von Ihnen widerrufen werden, jedoch kann OHNE Erfassung Ihrer Daten keine Behandlung durchgeführt werden.

Zur Erinnerung an Termine dürfen wir Sie per Email oder SMS kontaktieren.

Datum, Unterschrift Patient _____