Gesundheitsfragen / Anamnese

für die planoplas® Pen Behandlung

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß, damit wir Ihre planoplas® Pen Behandlung optimal durchführen können.

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen?	☐	☐
Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?	☐	☐
Haben Sie im Moment Ihre Menstruation?	☐	☐
Befinden Sie sich in der Menopause?	☐	☐
Sind Sie Diabetiker*in?	☐	☐
Leiden Sie unter Epilepsie?	☐	☐
Neigen Sie zu Pigmentflecken oder Flecken durch Sonne/Verletzungen?	☐	☐
Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung?	☐	☐
Wurden bereits Plasmabehandlungen an den zu behandelnden Arealen durchgeführt?	☐	☐
Wurden die Areale bereits mit Botox/Hyaluron behandelt?	☐	☐
Verwenden Sie chemische Peelings (z. B. Retinol)?	☐	☐
Gehen Sie regelmäßig ins Solarium?	☐	☐
Verwenden Sie Selbstbräuner?	☐	☐
Wurden oder werden Sie aktuell mit Cortison behandelt?	☐	☐
Wenn ja, (seit) wann?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche Medikamente und welche Dosierung?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z. B. ASS, Marcumar) oder besteht eine Blutgerinnungsstörung?	☐	☐

	Ja	Nein
Haben Sie Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Herpes)?	☐	☐
Wenn ja, welche genau und seit wann?		
Leiden Sie unter Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Vitiligo) oder einer akuten Hautentzündung im Behandlungsareal?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Isotretinoin (z. B. Roaccutan®) eingenommen?	☐	☐
Haben Sie technische Implantate (z. B. Herzschrittmacher, Hörgeräte, Metallplatten, Schrauben, ...)?	☐	☐
Wenn ja, welche und wo im Körper?		
Haben Sie Allergien (z. B. Chlor, Latex, Desinfektionsmittel, Heuschnupfen, ...)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Haben oder hatten Sie bereits eine Chemotherapie oder einen Tumor?	☐	☐
Wenn ja, wo im Körper und wann?		
Wurden bereits kosmetische Behandlungen oder chirurgische Eingriffe an den zu behandelnden Arealen durchgeführt?	☐	☐
Wenn ja, welche/r Behandlung/Eingriff und wo am Körper?		
Tragen Sie Kontaktlinsen? (Hinweis: Bei Behandlungen am Augenlid bitte Brille tragen)	☐	☐

Auf welcher Seite schlafen Sie meistens?		☐ Links	☐ Rechts
Wie stark ausgeprägt ist Ihr Behandlungsareal?	☐ Wenig	☐ Mittel	☐ Stark
Seit wann stört Sie das Behandlungsareal?	☐ Kurz	☐ Mittel	☐ Lange

Was machen Sie beruflich?

Sonstige Angaben, die für die Behandlung wichtig sein könnten:

Datenschutzhinweis und Einwilligung

Die Angaben in diesem Bogen enthalten Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO). Sie werden ausschließlich zur Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation Ihrer Behandlung erhoben, vertraulich und gesichert aufbewahrt und nicht an Dritte weitergegeben. Rechtsgrundlage sind Ihre ausdrückliche Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) und der Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Die Unterlagen werden 3 Jahre aufbewahrt und danach vernichtet. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung (soweit keine Aufbewahrungspflichten entgegenstehen) und Einschränkung der Verarbeitung sowie auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Verantwortlich: Nelli Bader, Seidenglatt Skin & Lashes, Kapellenstraße 20, 78665 Frittlingen, Tel. +49 1602920761, nelli.bader@web.de.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind, und willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu den genannten Zwecken ein.

Ort, Datum

Unterschrift Kundin / Kunde