

# Fragebogen

---

## Kundeninformation

---

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

**Bitte beachten Sie folgende Informationen während Ihrer Behandlung:**

- Für die dauerhafte Haarentfernung werden in der Regel mehrere Sitzungen benötigt. Bei dem Diodenlaser sind das ca. 6-8 Behandlungen. Je nach Genetik, Haar und Hauttyp kann es zu Abweichungen kommen.
- Zum Behandlungstermin müssen die zu behandelnden Körperpartien rasiert sein. Dies sollte im optimalen Fall 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Bitte dabei Cremes und Deos weglassen.
- Mindestens 2 Wochen nach dem Sommerurlaub oder Solarium Besuch abwarten, bis zu Ihrer nächsten Laserbehandlung.
- Die Sitzungen sollten in einem Abstand von ca. 4 Woche gemacht werden, nach der 5. Behandlung ist auch alle 5-6 Wochen in Ordnung.
- Bei hormonellen Einwirkungen oder Umstellungen, könnten vereinzelte Haare wieder kommen, jedoch nicht so fest wie vorher.
- Nach der 3. und 4. Behandlung haben Sie mehr Haare als je zu vor. Dies, weil bei der ersten Behandlung die ruhenden Haarfollikel zum Ausbrechen aktiviert wurden. Nun sind diese auch in der Wachstumsphase und können direkt mit behandelt werden, sodass die Gefahr, dass nach Jahren wieder Haare ausbrechen viel geringer ist.
- Die Haare dürfen rasiert werden zwischen den Behandlungen, bitte jedoch nicht epilieren, wachsen etc.
- Schwangere sollten nicht behandelt werden, weil aufgrund des Hormonspiegels einer schwangeren Frau eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Zudem kann es aufgrund der hormonellen Umstellung des Körpers während der Schwangerschaft im erhöhten Maße zur Bildung von Pigmentflecken kommen. Auch in der Stillzeit ist von einer Behandlung abzuraten.
- Behandlungen an tätowierten Körperstellen werden nicht durchgeführt. Da der Laser die Farbe unter der Haut zum «platzen» bringen kann, besteht die Gefahr von Verbrennungen. Dies gilt auch für Henna, Permanent Make-Up, Selbstbräuner, Microblading etc.
- Diabetiker, oder bei der Einnahme von Johanniskraut, Antibiotika oder Ähnlichem ist eine Behandlung nicht empfehlenswert, da es unter der Einnahme zu einer erhöhten Lichtempfindlichkeit der Haut kommen kann.
- Während einer Kortisontherapie (Einnahme als Tablette oder Anwendung als Salbe) darf keine Behandlung durchgeführt werden bis das Kortison im Körper abgebaut ist.
- Bei Vorliegen von Lichtkrankheiten/Lichtallergie ist eine Behandlung ausgeschlossen, weil es zu Verbrennungen, Entzündungen kommen kann und eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Wenn Sie dennoch eine Behandlung wünschen, ist Rücksprache mit Ihrem zuständigen Arzt zu halten.
- Es wird empfohlen, vor Beginn der Behandlungen eine Hautkrebsvorsorge-Untersuchung durchführen zu lassen.

- Nach Abschluss der gesamten Behandlung, ist es ratsam die Behandlung zur Auffrischung 1 Mal im Jahr zu wiederholen.
- Direkt nach den Sitzungen empfehle ich eine Feuchtigkeitsspendende Bodylotion aufzutragen und bitte Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor 50 zu benutzen.

## Kundendaten

---

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Fragen

---

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Bitte füllen Sie diesen Bogen Wahrheitsgetreu und in Ruhe aus. Falls nötig kann es nochmals gerne besprochen werden.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Ich empfehle Ihnen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Hauterkrankungen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Neurodermitis                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Akne                                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Herpes                                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Pilzinfektionen                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Nesselsucht                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Schuppenflechte                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Andere Hautkrankheiten, wenn ja welche: |                             |                               |
- 

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabetes                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Krebs                                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Blutgerinselfstörung                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Gefäßkrankheiten                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Thrombose                            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Lipödem                              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Krampfadern                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Epileptiker                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> HIV                                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Andere Erkrankungen, wenn ja welche: |                             |                               |
-

Liegt eine oder mehrere der folgenden Sachen bei Ihnen vor:

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Herzschrittmacher</b>                           | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Metallimplantate im Mund oder Kieferbereich</b> | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Teilschrauben in Gelenken</b>                   | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Silikonimplantate</b>                           | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Botox, Hyaloron</b>                             | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Permanent Make-Up</b>                           | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie folgende Medikamente ein:

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Blutverdünnende Medikamente: wie z.B. Marcumar oder Aspirin</b> | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Verschreibungspflichtige Medikamente wie z.B. Johanniskraut</b> | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Kortison</b>  | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Antibiotika</b>   | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Antidepressiva</b>  | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Andere Medikamente, wenn ja welche:</b>                         |                                    |                                      |
- 

Sonstiges:

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Sind Sie Schwanger?</b>   | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> <b>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine schwere Operation?</b> | <b>ja</b> <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> <input type="checkbox"/> |

## Einverständniserklärung

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen (Seite 1 – Seite 4) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle oben genannten Punkte bezüglich der Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe.

Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten Stellen unverzüglich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, der Beraterin jederzeit Fragen zur Behandlung zu stellen.

---

**Datum**

**Unterschrift Kunde/Kundin**