



Vorname: Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

- Leiden Sie an Allergien? (Jod oder anderen Desinfektionen, Medikamente, Anästhesiemittel, Pflaster, Lebensmittelunverträglichkeit, Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Staub ect...)

•

.....

- Haben Sie gesundheitliche Probleme oder leiden Sie an chronischen Erkrankung?

•

.....

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Kortikoide, Hormonpille, gerinnungshemmende Medikamente z.B. Aspirin, Antibiotika, Antidepressiva)

•

.....

- Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankung : Über-oder Unterfunktion?

•

.....

- Haben Sie zu hohen (Hypertensie) oder zu niedrigen Blutdruck (Hypotensie)?

-
- Sind Sie Diabetiker?
-
- Haben Sie einen Herzschrittmacher (Herzelektrostimulator)?
-
- Sind Sie in letzten 2 Jahren operiert worden ?
-
- Haben Sie im letztem Jahr eine ernsthafte Infektionskrankheit?
-
- Haben Sie sich bereits einer Hyaluronunterspritzung , Botox-Behandlung oder Tätowierung unterzogen?
-
- Sind Sie schwanger? (wenn ja, welche Woche/Monat)
-
- Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag)
-
- Wollen Sie gerne noch Ihrem Arzt gerne etwas mitteilen?
-

Ich bin mit Speicherung diesen Daten in der Clienten-Datenbank der Klinik Genesys medical einverstanden und damit, dass nicht an Dritten weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

.....