

Behandlungsbogen / Anamnese



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Angaben zur Person:

Name / Vorname:

Geschlecht: W ☐ M ☐

PLZ / Ort:

Geb. Datum:

Strasse:

Grösse / Gewicht:

Telefon:

E-Mail:

Fragebogen

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? (Bitte unbedingt vor jeder Behandlung angeben) Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Kälte-Höperfibromyomie? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Kryoglobulinämie? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Kälteurtikaria? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter Bauchnabelhernien oder Rektusdiastasen? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Erkrankungen mit veränderter Entzündungsreaktion des Körpers wie m. Crohn, Colitis ulcerosa, Lupus erythematodes und andere Kollagenosen. Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter Kutane und systemische Kollagenosen, neuropathische und sensible Hautstörungen? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Antikoagulationstherapie oder Dermatosen mit Köbner Phänomen Ja ☐ Nein ☐

Bestehende Herzerkrankungen z.B. Herzklappenersatz oder – defekt? Ja ☐ Nein ☐

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine Nierenerkrankung und / oder Lebererkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter Prinzmetal - Angina (Synonym: Variantangina oder vasospastische Angina) Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie eine Hauterkrankung / Lichtsensibilität oder brüchige Haut? Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Bestehen zur Zeit eine Entzündung oder Verletzungen im Behandlungsbereich? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie die Cryolipolyse an mehr als zwei Körperstellen im letzten Monat durchführen lassen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn eine Ihrer Antworten Ja ist, akzeptieren Sie diese Therapie bitte nicht.

Es kann unter Umständen zu blauen Flecken und Hämatomen durch das Vakuum kommen.

In sehr selten Fällen kann es zu Kältebrand auf der Haut kommen, wenn Sie dies ablehnen, akzeptieren Sie diese Therapie nicht!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift (Einverständnis):