

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Handy: _____ E-Mail: _____
 Geb.-Datum: _____

Gesundheitsfragebogen	Ja	Nein
Sind Sie Bluter (Hämophilie NB)?		
Sind Sie HIV positiv?		
Haben Sie Hepatitis A/B/C (Lebererkrankungen)?		
Haben Sie Nierenerkrankungen?		
Haben Sie Pilzinfektionen?		
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche:		
Haben Sie Diabetes?		
Nehmen Sie Herz- oder Kreislaufmedikamente? Wenn ja, welche:		
Haben Sie öfters Kreislaufprobleme?		
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen eingenommen?		
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche:		
Sind Sie Epileptiker?		
Neigen Sie schnell zu Blutergüssen?		
Haben Sie ein Herzleiden oder einen Herzschrittmacher?		
Nehmen Sie Cortison?		
Haben Sie eine Chemotherapie hinter sich?		
Sind Sie schwanger?		
Haben Sie an der zu lagernden Stelle/n Schuppenflechte, Neurodermitis, Sonnenallergie, offene Hautstelle, Ekzeme, Hautentzündungen, Hauttumore, oder dunkle Muttermale? Wenn ja, bitte zutreffendes unterstreichen.		
Liegen psychische Erkrankungen, Depressionen, Psychosen vor?		
Haben Sie künstliche Gelenke (Metall oder Kunststoff) oder Schrauben?*		
Haben oder hatten Sie eine Thrombose?*		
Wenn ja, wann:		
Möchten Sie an den nächsten Termin per SMS oder E-Mail erinnert werden? Wenn ja, bitte zutreffendes unterstreichen.		

Ich habe und werde über den behandlungszeitraum hinweg keine Medikamente einnehmen, die photallergische Reaktionen (siehe Medikamentenbeipackzettel) verursachen. Im Zweifel bringen Sie Ihren Medikamentenbeipackzettel mit.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Die mit * gekennzeichneten Fragen beziehen sich nur auf die Kryolypolise.