

Elsana Cosmetic

Renate Wiesbauer

allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige

Kosmetik Massage Fußpflege

1130 Wien Auhofstrasse 148

Tel.: +431 8774880 Fax: +431 9443280

www.elsanacosmetic.at

ATU 45449803

office.@elsanacosmetic.at

NAME: _____

Der genannte Kunde unterzieht sich einer Needling Behandlung für:

Gesicht _____ Hals/Dekolleté _____ Körperstelle _____

Gesundheitsscheck:

Anmerkung:

Hämophilie (Bluterkrankheit)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Blutverdünnungstherapie	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Hepatitis A,B,C,D,E,F	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
HIV-Infektion	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Diverse Hauterkrankungen (genaue Bezeichnung)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Ekzeme	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Allergien (genau anführen)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Angeborene Immundefizienzkrankung (genaue Bezeichnung)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Autoimmunerkrankungen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie Cortison haltige Präparate?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Verwenden Sie Vitamin A Säure Präparate?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Wurden Sie mit Fruchtsäure behandelt? Wann?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Herpes simplex	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Wurden Faltenunterspritzungen durchgeführt? Womit?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Wurden Laserbehandlungen durchgeführt? Wann?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Sind Sie Volljährig?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Unverträglichkeit gegen Anästhesiepräparaten (Xylocainspray 0,1% Emlasalbe 5%)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____
Neigen Sie zu Keloidbildung?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	_____

Datum:

Unterschrift: