



## Aufklärungsbogen Gesundheit

Sehr geehrte Kundin / Sehr geehrter Kunde

In Ihrem Interesse, um Komplikationen zu vermeiden, bitten ich Sie folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten. Diese Informationen werden von mir streng vertraulich behandelt.

Besteht bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankungen oder Risikofaktoren (bitte ankreuzen)?

- Allergie oder Überempfindlichkeit  nein  ja
- Diabetiker  nein  ja
- Bluter (Hämophilie)  nein  ja
- Epilepsie  nein  ja
- Autoimmunerkrankungen  nein  ja
- Herz Kreislaufprobleme  nein  ja
- Herzschrittmacher  nein  ja
- Implantate (Unterspritzungen)  nein  ja
- Chemisches Peeling/Laserbehandlung  nein  ja
- Chronische oder akute Erkrankungen  nein  ja
- Chronische oder akute Hauterkrankungen  nein  ja
- Fieberhafte Infekte  nein  ja
- HIV  nein  ja
- Hepatitis  nein  ja
- Herpes Simplex (Fieberblasen)  nein  ja
- Muttermale / Hautdeformationen  nein  ja
- Blutverdünnungstherapie  nein  ja
- Immunosoppressiva (z.Bsp. Cortison)  nein  ja
- Medikamenteneinnahme  nein  ja
- Wurden Sie kürzlich geimpft?  nein  ja

> Wenn ja, welche Impfung und wann war das? Bitte angeben:

---

---

---

---

Die Kundin versichert, dass sie zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist, keinen Alkohol oder Drogen konsumiert hat.

Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Datum:

Unterschrift Kundin/Kunde:

Unterschrift behandelnde Kosmetikerin: