



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