



ANMELDEBOGEN

Für die Anamnese und eine optimale Behandlung sind uns Ihre Angaben sehr wichtig.
Bitte füllen Sie die Felder vollständig aus. Vielen Dank!

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

TELEFON

MAIL

Ich interessiere mich für folgende Themen:

- Vorsorgemöglichkeiten (z.B. Hautkrebsvorsorge)
- Laserbehandlung (z.B. dauerhafte Haar-entfernung, Altersflecken, Äderchen)
- Möglichkeiten der Hautverjüngung (Filler, HydraFacial, Peelings)

Möchten Sie an ihren Termin erinnert werden? (recall)

HAUSARZT

BERUF

HABEN SIE ALLERGIEN? z. B. Heuschnupfen, Medikamentenallergien, ...

BESTEHEN ANDERE ERKRANKUNGEN? z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Asthma, Hepatitis,...

MÜSSEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EINNEHMEN? Falls ja, welche?

RAUCHEN SIE?

JA

NEIN

LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

JA

NEIN