

Gesundheitsfragebogen

Name _____

	Ja	Nein
Haben Sie derzeit Erkrankungen/Beschwerden?		
Hämophilie A/B (Bluter & Durchblutungsstörung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV- Infektion, AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen, Beschwerden (Depressionen, Psychosen, etc.?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pilzinfektionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? -----		
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigung zu Blutergüssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie an den behandelten Stellen:		
Schuppenflechte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurodermitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekzeme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauttumore?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautentzündungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offene Hautstellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffällige Muttermale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonnenallergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen weitere im Hinblick auf die Tattoorentfernung kritische Umstände vor?		
Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme von Medikamenten? o.ä?		
Cortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz/ Kreislaufmedikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja welche? -----		
Haben Sie eine Chemotherapie hinter sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Medikamente eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja welche?-----		
Haben Sie in den letzten 24Std Alkohol oder Drogen eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liegen sonstige Erkrankungen, Beschwerden oder sonstige Umstände vor, die Risiken für eine Laserbehandlung in sich bergen oder die eine Laseranwendung ausschließen?
