

Umfassende Patientenbewertung

Vollständiges Patientenaufnahmeformular mit demografischen Daten, medizinischer Krankengeschichte, Medikamenten und Allergien für Patienten von medizinischen Spas

Kundeninformation

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Demografische Daten

Geschlecht *

☐ Weiblich

☐ Männlich

☐ Nicht-binär

☐ Lieber keine Angabe

Straße *

Stadt *

Bundesland *

Postleitzahl *

Name des Notfallkontakts *

Telefon des Notfallkontakts *

Krankengeschichte

Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, rheumatoide Arthritis usw.)
- ☐ Blutungs- oder Gerinnungsstörung
- ☐ Diabetes (Typ 1 oder Typ 2)
- ☐ Herzerkrankung oder Herzleiden
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Anfallsleiden / Epilepsie
- ☐ Hepatitis B oder C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Krebs (aktuell oder in der Vergangenheit)
- ☐ Neigung zu Wulstnarben
- ☐ Hauterkrankung (Ekzem, Psoriasis, Rosazea)
- ☐ Fieberblässchen / Herpes simplex
- ☐ Keine der oben genannten

Falls ja zu einer der oben genannten Bedingungen, bitte Details angeben

Sind Sie derzeit schwanger oder stillen Sie? *

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Behandlungen erhalten?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Botox-/Neurotoxin-Injektionen | ☐ Dermalfilter | ☐ Chemisches Peeling |
| ☐ Laserbehandlung | ☐ Microneedling | ☐ Gesichtschirurgie |
| ☐ Keine der oben genannten | | |

Aktuelle Medikamente und Allergien

Alle aktuellen Medikamente auflisten (einschließlich Ergänzungen und Vitamine)

Nehmen Sie derzeit Blutgerinnungshemmer (Aspirin, Warfarin, Ibuprofen usw.) ein? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Accutane (Isotretinoin) genommen? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Alle bekannten Allergien auflisten (Medikamente, Latex, Lebensmittel usw.) *

Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion auf lokale Anästhesie (z. B. Lidocain)? *

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Hautpflege

Wie würden Sie Ihren Hauttyp beschreiben? *

☐ Trocken ☐ Fettig ☐ Kombiniert
☐ Empfindlich ☐ Normal

Aktuelle Hautpflegeprodukte auflisten

Was sind Ihre primären Behandlungsziele? *

Einwilligung und Unterschrift

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen nach meinem besten Wissen genau und vollständig sind. Ich verstehe, dass das Verschweigen oder die Angabe ungenauer Informationen meinen Behandlungsplan und die Ergebnisse beeinflussen kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, die Praxis über alle Änderungen meines Gesundheitszustands oder meiner Medikamente zu benachrichtigen.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung erteile.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Nyomtatott név

Datum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.