

Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____
Strasse _____
PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Geburtsdatum _____

Waren sie in letzter Zeit oder sind in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Grund: _____

Name des Arztes: _____ Medikamente: _____

Benutzen Sie schälende Produkte (Fruchtsäure o. Vitamin A-Säure, evtl. auch innerlich)?

JA NEIN Welches Produkt? _____

Wann zuletzt verwendet und wie lange? _____

Sind Sie schon mit Laser oder Treenpeeling behandelt worden? JA NEIN

Wann? _____ Weswegen? _____

Hatten Sie schon ein Lifting oder eine andere chirurgische Schönheitsoperation?

JA NEIN Wann? _____ Von wem? _____

Erbebins/ Komplikationen? _____

Solarium JA NEIN

Raucher JA NEIN

Kaffee JA NEIN

Süßigkeiten JA NEIN

Anitbaby-Pille JA NEIN

Welche? _____

Sonstige regelmäßige Medikamente? _____

Kortisontherapie JA NEIN Wann? _____ Zeitraum? _____

Hormontherapie JA NEIN Wann? _____ Zeitraum? _____

Antibiotika JA NEIN Wann? _____ Zeitraum? _____

Lebensbedrohliche Krankheiten, z.B. Aids oder Krebs?

Hormonprobleme/ Wechseljahre _____

Allergien JA NEIN

Welche? _____

Neurodermitis JA NEIN

Psoriasis JA NEIN

Hautpilz JA NEIN

Wo? _____

Herbesbefall JA NEIN

Wo? _____

Wie häufig? _____

Waren Sie schon in kosmetischer Behandlung?

JA NEIN

Welche Kosmetikprodukte verwenden Sie? _____

Hatten Sie schon mal Reaktionen auf Produkte?

JA NEIN Welcher Art? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass

JA NEIN

Wenn ja, zeigen lassen u. Positivstoffe notieren: