

## 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

Kaffee JA NEIN

Anitbaby-Pille JA NEIN

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: