



-Kryolipolyse-

Patientendaten und Anamnese

Datum: ... - ... -

Name : _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz / Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Wir benötigen möglichst umfassende Informationen über Sie, ihren Gesundheitszustand, Bewegungs-, und Ernährungsgewohnheiten um Sie mit der für Sie umfassenden Situation optimal behandeln zu können. Bitte geben Sie alle Punkte wahrheitsgemäß und korrekt an. Sollten sich Nachteile aus unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung für die Behandlung oder das Behandlungsergebnis ergeben, gehen diese nicht zu Lasten des behandelnden Instituts. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und niemals unbefugten Dritten zur Verfügung gestellt.

Welche Behandlungen möchten Sie in Anspruch nehmen?

- | | |
|---|------------------------------------|
| Reduzierung und Straffung der Oberschenkel | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Reduzierung der Reiterhosen | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Reduzierung der Cellulite | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Reduzierung und Straffung an der Bauchdecke | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Reduzierung an Po und Beinen | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Reduzierung und Straffung der Oberarmen | Ja () Nein () Wunsch/Ziel ... cm |
| Gesichtsbehandlung (Straffung) | Ja () Nein () |

Anamnese

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja ... Nein ...

↳ Wenn ja weshalb?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> gestörter Hormonhaushalt |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Lymphdrüsenkrankung |
| <input type="checkbox"/> Dysfunktion der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hörgerät |

Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen? ja () nein ()

Hatten Sie bereits eine Herz OP? ja () nein ()

Frischer Herzinfarkt? ja () nein ()

Haben Sie ein Implantat / Schrauben / Nägel? ja () nein ()

↳ Wenn ja welche / wo?

Haben Sie allergische Reaktionen? ja () nein ()

↳ Wenn ja, welche:

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? keine ()

↳ Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Abführ-/ oder Diätmittel? ja () nein ()

↳ Wenn ja, welche:

Nur für Frauen:

Sind Sie schwanger? ja () nein ()

Stillen Sie derzeit? ja () nein ()

Nehmen Sie Hormone zur Verhütung? ja () nein ()

↳ Wenn ja welche:

Körperbau: kräftig () normal () schmal ()

Größe in cm: Gewicht in kg:

Art Ihrer Ernährung () normal () unregelmäßig () ausgewogen
() Diät/leicht () reichhaltig

Führen Sie eine Fastenkur durch? () Ja () Nein

↳ Wenn ja, wie oft:

Ihre Trinkgewohnheiten: () wenig () trinke mehr als 2 Liter am Tag (Wasser o. Tee)

Alkohol () ja () regelmäßig () ab und zu () nein

Machen Sie Sport () ja () nein

↳ Wenn ja, welchen und wie oft:

Der Kunde bestätigt über Art und Umfang der Behandlungen aufgeklärt und informiert worden zu sein. Er wurde darüber unterrichtet, dass **1 bis 2 Stunden** vor und nach den Behandlungen, **Mahlzeiten, Zucker, Kohlenhydrate und Alkohol** zu vermeiden sind!!!

Der Kunde bestätigt die Richtigkeit seiner Angaben und verpflichtet sich das behandelnde Institut über Änderungen seines Gesundheitsstandes zu informieren, da dieser von grundlegender Bedeutung für eine entsprechende Behandlung ist.

Ort:, Datum: ... - ... -

Unterschrift Kunde:

Unterschrift Institut: