

# Gesundheits-Anamnese - vor einer medizinisch indizierten micro Pigmentation



**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe aus und legen ihn am Behandlungstag bei Kromed /Color-Your-Face vor.  
Ihre Antworten unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen.  
Dieser Bogen wird Ihnen vor jeder Folgebehandlung zur Kontrolle und Gegenzeichnung vorgelegt werden.

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon / Mobil:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen!  
Wenn Sie „Ja“ ankreuzen, bitte Details angeben.**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Allgemeinbeschwerden _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautkrankheiten _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenteneinnahme _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Leiden Sie an folgenden Krankheiten, oder waren Sie in der Vergangenheit davon betroffen?**

Druckempfindlichkeit (bl.Flecke): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemotherapie gehabt? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmun-Erkarnakung: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV, Hepatitis oder ähnlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pigmentstörungen/Flecke: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fiieberhafte Erkrankungen: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämophilie (Bluter) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme v. blutverd. Mitteln: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterspritzungen vorhanden? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind Sie schwanger? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bereits Pigmentierungen oder ein Tattoo? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, andere Überempfindlichkeiten: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Datum / Unterschrift des Kunden**

**Datum / Unterschrift des Behandlers:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_