

Analyse für Kosmetikbehandlungen

Die Angaben dienen dazu, eine optimale Behandlung zu gewährleisten und Ihren individuellen Bedürfnissen nachzukommen.

Vorname _____ Nachname _____

Strasse _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Stadt _____

eMail _____

Telefon Festnetz _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____

Wie haben Sie von dermedis erfahren? Internet Empfehlung Sonstiges _____

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen? _____

Ihre Gesundheit

Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres eine ärztliche Behandlung oder Operation? ja nein

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsprobleme?

Krebs Diabetes Epilepsie Herzprobleme Hormonschwankungen Hysterektomie Wirbelsäulenverletzungen
 Schilddrüsenprobleme Venenerkrankungen chronische Erkrankungen HIV Hepatitis A/B/C Herpes
 Stoffwechselstörungen hoher Blutdruck Wundheilungsstörungen

Haben Sie jemals eine Reaktion auf folgendes bekommen? Kosmetika Medikamente Jod Pollen Sonnenlicht
 Nahrungsmittel AHA-Säuren Tiere Parfumstoffe Sonnenschutz andere _____

Medikamente und Vitamine, die Sie momentan/ regelmässig einnehmen: _____

Haben Sie Metallimplantate oder einen Herzschrittmacher? ja nein

Tragen Sie Kontaktlinsen? ja nein

Wurde in den letzten zwei Wochen eine Faltenunterspritzung durchgeführt? ja nein

Ihre Lebensgewohnheiten

Trinken Sie koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, Cola, andere)? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Betreiben Sie regelmässig Sport? ja nein

Machen Sie zur Zeit eine Diät? ja nein

Haben Sie regelmässige Schlafgewohnheiten? ja nein

...für weitere Fragen bitte das Blatt wenden

Ihre Haut

Bei welcher Wassertemperatur reinigen Sie ihr Gesicht? kalt warm heiss

Haben Sie spezielle Hautprobleme im Gesicht oder am Körper? ja _____ nein

Welche Hautprodukte benutzen Sie zur Zeit? Seife Reiniger Gesichtswasser Feuchtigkeitscremes
Masken Peelings Augenpflegeprodukte andere _____

Hatten Sie jemals chemische Peelings oder Schälkuren? ja nein

Benutzen Sie Retin-A oder Akne-Medikamente? ja nein

Benutzen Sie zur Zeit Produkte mit einem dieser Wirkstoffe?

Glykolsäure Milchsäure Peelings Hydroxysäure Vitamin A Derivate (z.B. Retinol)

Bekommen Sie leicht Sonnenbrand? ja nein

Erröten Sie leicht? ja nein

Bekommt Ihre Haut während des Tages einen starken Glanz? ja nein

Haben Sie Hautunreinheiten? gelegentlich ja nein

Haben Sie jemals ein Brennen oder Juckreiz auf Ihrer Haut verspürt? ja nein

Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Haben Sie jemals eine der Hautbeschaffenheiten bemerkt? Schuppigkeit Spannung starkes Trockenheitsgefühl

Tragen Sie beim Sonnenbaden Sonnenschutz auf? ja LSF _____ nein

nur für Frauen

Nehmen Sie die Antibabypille? ja nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein

nur für Männer

Wie rasieren Sie sich? elektrisch nass

Haben Sie oft Hautreizungen nach der Rasur oder eingewachsene Haare? ja nein

Nach einer Fruchtsäurebehandlung, Microdermabrasion, HydraFacial und einem kosmetischen Needling ist starke Hitze einwirkung (z.B. Sauna) und intensive Sonneneinstrahlung für 2 Tage zu vermeiden und ein Lichtschutz mit mindestens Schutzfaktor 30 zu verwenden.

Die Pflege der Haut nach der Behandlung ist besonders wichtig. Ein optimales Ergebnis kann nur mit einer abgestimmten Heimpflege erreicht werden. Eine individuelle Pflegeempfehlung erhalten Sie im Anschluß an Ihre Kosmetikbehandlung.

Ich bestätige, dass ich alles nach bestem Wissen korrekt beantwortet und keine Information vorenthalten habe, die für meine Behandlung relevant sein könnten. Ich verstehe, dass jede kosmetische und apparative Hautbehandlung Rötungen, Blutergüsse oder auch andere hier nicht weiter beschriebene Hautreaktionen auslösen kann. Ich bin bereit, diese Risiken in Kauf zu nehmen und autorisiere dermedis zur Behandlung.

Kundenunterschrift _____ Datum _____

Eine Absage eines Behandlungstermins ist bis max. 24 Stunden vor dem Behandlungstermin kostenlos möglich. Bei Nichteinhaltung bzw. nicht frühzeitiger Absage des vereinbarten Behandlungstermins erfolgt eine 100%ige Berechnung der versäumten Behandlung.