



Anamnesebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Handy: _____

- Bestehen bei Ihnen Allergien (z. B. Medikamente, Lebensmittel) ja nein
Wenn ja, welche:
- Haben Sie Warzen, Muttermale, Papillome oder Zysten ja nein
- Haben Sie Hauterkrankungen, z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte usw. ja nein
Wenn ja, welche:
- Leiden Sie an Epilepsie ja nein
- Leiden Sie an Krampfadern ja nein
- Leiden Sie an Thrombophlebitis (oberflächliche Entzündung einer Vene) ja nein
- Leiden Sie an schweren, chronischen Herzkrankheiten ja nein
- Leiden Sie an Hypertonie (Bluthochdruck) ja nein
- Leiden Sie an Hypotonie (niedriger Blutdruck) ja nein
- Leiden Sie an Durchblutungsstörungen ja nein
- Neigen Sie zu Hämatomen ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ja nein
Wenn ja, welche:



Depilação

Verena Jurenka

- Sind Sie Diabetiker ja nein

- Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z. B. HIV, Hepatitis etc.) ja nein
Wenn ja, welche:

Bei Frauen im gebärfähigen Alter:

- Könnten Sie Schwanger sein ja nein

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass am Tag der Behandlung:

Kein Saunabesuch oder öffentliches Schwimmbad aufzusuchen, keine Schmutzigen Arbeiten zu verrichten, kein Sonnenbad zu nehmen, nicht ins Solarium zu gehen.

Keine Peelings innerhalb 72 Stunden nach dem Sugaring verwenden. Danach ca. 2 – 3-mal wöchentlich ein Peeling verwenden. Bitte achten Sie auf ein Peeling, dass für Ihre Haut geeignet ist.

Des Weiteren wurde ich darüber aufgeklärt, dass es bei der Behandlung zu punktuellen Blutungen, Hämatomen und/oder Hautreizungen kommen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass

- Meine personenbezogenen Daten bei mir gespeichert werden ja nein
(keine Weitergabe an Dritte)

- Ich per E-Mail und/oder WhatsApp kontaktiert werden darf ja nein

Datum

Unterschrift