

Medizinischer Fragebogen zur Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir möchten Sie bei **DERMAVIE** bestmöglich beraten und individuell behandeln. Damit wir gezielt auf Ihre persönlichen Wünsche und gesundheitlichen Voraussetzungen eingehen können, bitten wir Sie, neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu machen. Diese Informationen helfen uns, Ihre Behandlung optimal zu planen. Selbstverständlich behandeln wir alle Angaben streng vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis verwendet.

Ihre Daten

Vor- & Nachname _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____ E-Mail _____ Telefonnummer _____

Adresse _____ Wohnort _____ PLZ _____

Für welche Themen interessieren Sie sich?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Vorsorge / Hautscreening | <input type="checkbox"/> Reduktion Hautunreinheiten | <input type="checkbox"/> Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin |
| <input type="checkbox"/> Allergien - Behandlung und Prävention | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung mit Hyaluronsäure |
| <input type="checkbox"/> Entfernen von Altersflecken | <input type="checkbox"/> Behandlung von starkem Schwitzen | <input type="checkbox"/> Hautverbesserung / -auffrischung |

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Empfehlung eines Arztes |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von Bekannten | <input type="checkbox"/> Zeitung / Zeitschriften |
| <input type="checkbox"/> Hinweis-Beschilderung Praxis | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Patientenservice

Dürfen wir Sie aktiv kontaktieren?

(z.B. Terminerinnerung Vorsorge, medizinische Informationen, Praxisveranstaltungen)

- ja nein

Wie möchten Sie von uns kontaktiert werden?

- Per E-Mail
 Per SMS
 Per Anruf

Haben Sie Empfehlungen für unsere Praxis?

Rauchen Sie?
 nein ja, wie viel am Tag _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen?
 nein ja, an wie vielen Tagen pro Woche _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?
 nein ja, bitte genauer angeben _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Melanom	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sonst. Krebs	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Basaliom	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Rheuma

Treiben Sie Sport?
 nein ja, bitte Sportart und Häufigkeit angeben _____

Leiden Sie unter Überempfindlichkeit(en) oder Allergie(n)?

(Nahrungsmittel, Kosmetika, Asthma, Hyaluronsäure, Latex, Lidocain, Vitamine, etc.)

 nein ja, bitte genauer angeben _____

Hatten Sie bereits operative Eingriffe?
 nein ja, bitte Art der Operation und Datum des Eingriffs angeben _____

Hatten Sie bereits ästhetische Operationen? (Lifting, Liposuktion, Lidstraffung, Bauchdeckenstraffung, Fadenlifting, Implantate (Wangen/Kinn/Brust o.ä.) etc.)
 nein ja, bitte genauer angeben _____

 Datum _____ < 1 Monat < 3 Monate < 6 Monate > 1 Jahr

Hatten Sie nach chirurgischen Eingriffen oder Verletzungen Schwierigkeiten mit der Narbenbildung?
 nein ja, bitte genauer angeben _____

Haben Sie bereits Schönheitseingriffe vornehmen lassen? (Laser, Peeling, Dermabrasion, Injektion, Fadenlifting)
 nein Laser Peeling Dermabrasion Injektion Fadenlifting

 Datum _____ < 1 Monat < 3 Monate < 6 Monate > 1 Jahr

Hatten diese früheren Schönheitseingriffe unerwünschte Nebenwirkungen?
 nein ja, bitte genauer angeben _____

Hatten Sie in letzter Zeit eine Zahnbehandlung?
 nein ja, wann zuletzt _____

 Datum _____ < 1 Monat < 3 Monate < 6 Monate > 1 Jahr

Haben Sie in nächster Zeit eine Zahnbehandlung geplant?
 nein ja, bitte die Art der Behandlung und das vorgesehene Datum angeben _____

Hatten Sie schon einmal eine Reaktion auf eine örtliche Betäubung (z.B. bei einer Zahnbehandlung)?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Hatten Sie bereits eine Faltenunterspritzung oder einen Volumenaufbau im Gesicht?

nein ja
 Hyaluron (z.B. Juvederm, Radiesse, Restylane, Sculptra, Stylage etc.),
 welcher Bereich und wann zuletzt _____
 Botox, welcher Bereich und wann zuletzt _____
 anderes Produkt _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mesotherapie durchgeführt?

nein ja, wann zuletzt und in welchem Bereich _____

Leiden Sie unter einer Autoimmunkrankheit oder einer Erkrankung, die das Immunsystem beeinträchtigt (Diabetes mellitus, Schilddrüsenproblem, entzündliche Darmerkrankung, multiple Sklerose etc.)?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Sind in Ihrer Familie Autoimmunerkrankungen aufgetreten?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Treten bei Ihnen gelegentlich Hautreaktionen auf (Herpes, Akne, Rosazea etc.)?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Leiden Sie unter wiederkehrenden Hautinfektionen, Entzündungen oder anderen Infektionen im Gesicht?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Haben Sie Rheuma?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Leiden Sie an einer Leberfunktionsstörung?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Ist bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung bekannt oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (Aspirin, Marcumar, Xarelto, Heparin etc.)?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden wie z.B. Epilepsie bekannt?

nein ja, bitte genauer angeben _____

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unser Praxis bereit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____