

Anamnesebogen für die Dauerhafte Haarentfernung gemäß NiSV-Regulierung

Persönliche Daten

- **Name:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Adresse:** _____
- **Telefonnummer:** _____
- **E-Mail:** _____

Medizinische Vorgeschichte

- 1. Haben Sie irgendwelche chronischen Krankheiten?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, welche? _____
- 2. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, welche? _____
- 3. Leiden Sie an Allergien?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, welche? _____
- 4. Haben Sie in der Vergangenheit Hautkrankheiten oder Hautreaktionen (z.B. Ausschläge, Ekzeme) gehabt?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, welche? _____
- 5. Haben Sie eine Neigung zu Keloiden oder übermäßiger Narbenbildung?**
 - Ja [] - Nein []
- 6. Leiden Sie an hormonellen Störungen (z.B. PCOS, Schilddrüsenerkrankungen)?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, welche? _____
- 7. Sind Sie schwanger oder stillen Sie aktuell?**
 - Ja [] - Nein []
- 8. Haben Sie in der Vergangenheit eine Laser- oder Lichtbehandlung (z.B. IPL) erhalten?**
 - Ja [] - Nein []
 - Wenn ja, wann und welche? _____

9. Haben Sie aktuell Sonnenbrand oder gereizte Haut im zu behandelnden Bereich?

- Ja [] - Nein []

10. Haben Sie Tattoos oder permanente Make-up im zu behandelnden Bereich?

- Ja [] - Nein []

11. Haben Sie kürzlich chemische Peelings oder andere Hautbehandlungen durchgeführt?

- Ja [] - Nein []

Wenn ja, welche? _____

Haut- und Haartyp

1. Wie würden Sie Ihren Hauttyp einschätzen (Fitzpatrick-Skala)?

- I (sehr hell, immer brennend, nie bräunend) []
- II (hell, brennend, minimal bräunend) []
- III (hell bis mittel, manchmal brennend, langsam bräunend) []
- IV (mittelbraun, selten brennend, leicht bräunend) []
- V (dunkelbraun, sehr selten brennend, gut bräunend) []
- VI (sehr dunkel, nie brennend, sehr gut bräunend) []

2. Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Haare in dem zu behandelnden Bereich?

- Hell []
- Dunkel []
- Fein []
- Dick []

NiSV-Regulierung

1. Wurde Ihnen die Funktionsweise und die Risiken der geplanten Behandlung gemäß der Verordnung zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung (NiSV) erklärt?

- Ja [] - Nein []

2. Haben Sie das Merkblatt gemäß NiSV erhalten und die notwendigen Informationen verstanden?

- Ja [] - Nein []

3. Haben Sie Fragen zur Behandlung oder zur NiSV-Regulierung?

- Ja [] - Nein []

Wenn ja, welche? _____

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir der Risiken der Behandlung bewusst und erkläre mich bereit, die dauerhafte Haarentfernung unter den besprochenen Bedingungen durchführen zu lassen.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des behandelnden Fachpersonals: _____