

NIUFACE

Personalien und Gesundheitsfragebogen

Personalien

Vorname	Name
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Geburtsdatum:
Strasse und Nr.	PLZ / Wohnort
Tel. / Mobile	E-Mail
Beruf	Gesetzliche Vertretung (Nur auszufüllen, sofern gegeben)

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an, unterstreichen es oder ergänzen es gegebenenfalls.

Haben Sie bereits einmal eine Botulinumtoxin-/Fillerbehandlung erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wo und welches Präparat?

Haben Sie Operationen im Gesichtsbereich gehabt?

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Situationen?

- Pigmentstörungen
- Verstärkte Lichtempfindlichkeit
- Verstärkte Narbenbildungen
- Herpes-Infektionen

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- Muskelerkrankungen (z.B. Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Rooke-Syndrom)
- Nervenleiden (Krampfanfälle / Epilepsie, Lähmungen, Depressionen)
- Erbkrankheiten

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems?

(z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Herzschwäche)

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche?

Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen oder einer Gerinnungsstörung?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Allergien? wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

- Können Sie eine Schwangerschaft sicher ausschliessen?
- Stillen Sie?

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein