

Anamnesebogen für Diodenlaser-Haarentfernung

I. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon/E-Mail _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

II. Allgemeine Gesundheitsfragen

Bitte kreuzen Sie an, ob einer der folgenden Punkte auf Sie zutrifft (*Ja/Nein*):

Gesundheitsfrage	Ja	Nein	Erläuterung (falls Ja)
Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Epilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder elektronische Implantate im Behandlungsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Hautkrebs oder anderen bösartigen Tumoren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder 2)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen aktive Hautinfektionen (z. B. Herpes, Ekzeme, Psoriasis) im Behandlungsareal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neigen Sie zu Keloiden (verstärkte Narbenbildung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Krampfadern oder schwere Venenleiden im Behandlungsareal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie volljährig (mind. 18 Jahre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Falls Nein: Einverständnis des Erziehungsberechtigten erforderlich)

III. Medikamente und Lichtempfindlichkeit

Erläuterung
Ja Nein (Medikament,
Einnahmedauer, etc.)

Nehmen Sie **lichtsensibilisierende Medikamente** ein (z. B. bestimmte Antibiotika, Johanniskraut, Retinoide wie **Roaccutan/Isotretinoin** in den letzten 6 Monaten)? ☐ ☐

Nehmen Sie aktuell andere **regelmässige Medikamente** oder Präparate ein (auch homöopathisch)? ☐ ☐

Haben Sie eine **bekannte Licht-/Sonnenallergie** oder starke Lichtempfindlichkeit? ☐ ☐

IV. Haut- und Haarzustand

Erläuterung (wann,
welche Stelle, etc.)
Ja Nein

Waren Sie in den **letzten 2-4 Wochen** intensiv **Sonnenbestrahlung** oder **Solarium** ausgesetzt? ☐ ☐

Haben Sie **Selbstbräuner** oder Bräunungscremes verwendet (in den letzten 2 Wochen)? ☐ ☐

Wurden die Haare im Behandlungsbereich in den **letzten 4 Wochen** **gezupft, gewachst, epiliert** oder mit Sugaring entfernt? ☐ ☐

Haben Sie **Tattoos** oder **Permanent Make-up** im Behandlungsareal? ☐ ☐

Haben Sie bereits frühere **Laser- oder IPL-Behandlungen** zur Haarentfernung gehabt? ☐ ☐

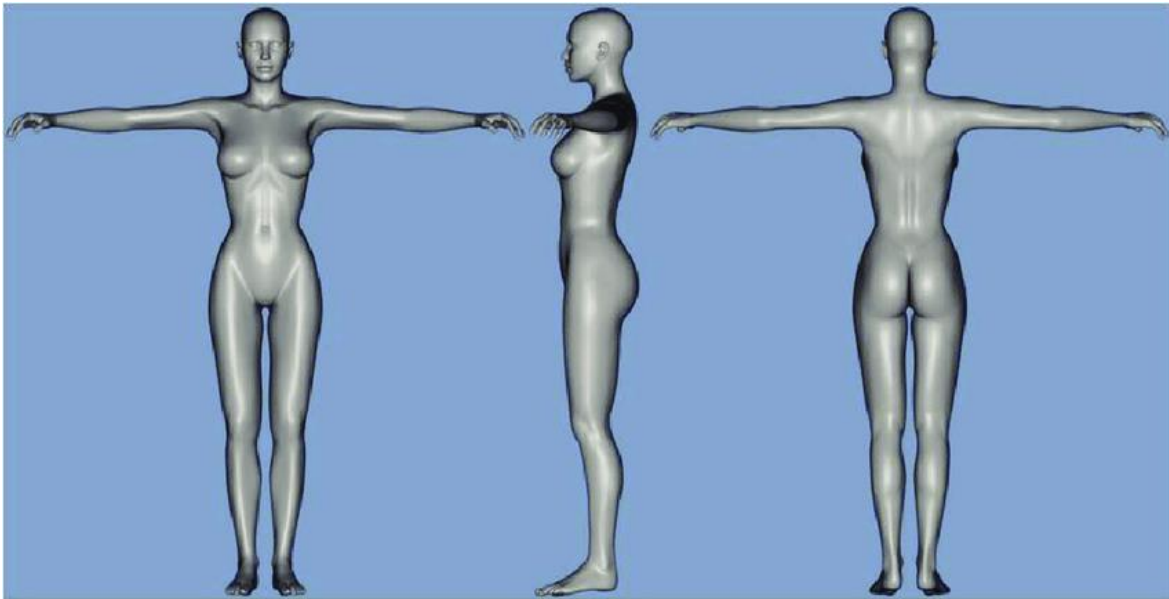
Befinden sich **Implantate, Schrauben oder Platten** (Metall) unter der Haut im Behandlungsbereich? ☐ ☐

Neigen Sie zu **unregelmässiger Pigmentierung** (hellen/dunklen Flecken)? ☐ ☐

V. Behandlungsbereich

Welche Körperregion(en) möchten Sie behandeln lassen? (Bitte ankreuzen oder beschreiben)

- ☐ Achseln
- ☐ Bikinizone
- ☐ Beine
- ☐ Gesicht (Oberlippe, Kinn etc.)
- ☐ Rücken / Brust
- ☐ Andere: _____



Nachbehandlung und Verhaltensregeln nach der Diodenlaser-Behandlung

1. Sonnenschutz und UV-Exposition (Das Wichtigste!)

- **UV-Schutz: Unbedingt vermeiden!** Die behandelten Hautstellen müssen **mindestens 2 Wochen** (ideal: 4 Wochen) lang konsequent vor direkter Sonneneinstrahlung und Solarium geschützt werden.
- **Sonnenschutzmittel:** Auf allen exponierten Stellen ist ein **Sonnenschutz mit hohem Lichtschutzfaktor (LSF 50+)** zu verwenden und mehrmals täglich aufzufrischen.
- **Risiko:** Die Nichtbeachtung führt fast immer zu **Hyperpigmentierung** (dunklen Flecken) oder im schlimmsten Fall zu Verbrennungen.

2. Hitze und Reizung vermeiden (24 – 48 Stunden)

- **Hitze meiden:** Für **mindestens 24–48 Stunden** müssen alle Hitzequellen vermieden werden, da die Haut durch den Laser noch Wärme speichert. Dazu gehören:
 - **Sauna, Dampfbad.**
 - **Heiße Bäder** oder zu heisses Duschen
 - Starke körperliche **Anstrengung/Sport** (wegen Schweißbildung).

- **Reibung vermeiden:** In den ersten Tagen sollte enge, reibende Kleidung im Behandlungsareal vermieden werden, um Irritationen vorzubeugen.

3. Hautreinigung und Pflege

- **Sanfte Reinigung:** Die behandelte Haut sollte in den ersten 24 Stunden nur mit lauwarmem Wasser und milden, **pH-neutralen** Produkten gereinigt werden.
- **Verzicht auf aggressive Produkte: 2–7 Tage** lang keine aggressiven oder irritierenden Kosmetika im Behandlungsbereich verwenden. Dazu gehören:
 - **Peelings** (mechanisch und chemisch/Fruchtsäuren).
 - Produkte mit **Alkohol** oder starken Duftstoffen.
 - Retinol- oder Vitamin-A-haltige Cremes.
- **Feuchtigkeit und Kühlung:** Bei Rötung oder Schwellung (ähnlich einem leichten Sonnenbrand) kann die Haut mit **beruhigenden, feuchtigkeitsspendenden** Lotionen oder Aloe Vera Gel gekühlt werden.

4. Weitere Enthaarung (Zwischen den Sitzungen)

- **Nur Rasieren:** Zwischen den Laserterminen dürfen die Haare **ausschliesslich rasiert** oder mit einer Enthaarungscreme entfernt werden.
- **Zupfen/Waxing/Epilieren:** Das **Zupfen, Epilieren, Wachsen oder Sugaring** muss während der gesamten Behandlungsdauer **unterbleiben**, da der Laser für die nächste Sitzung eine Haarwurzel als Ziel benötigt.

Einverständniserklärung und Bestätigung

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Fragen **wahrheitsgemäss** und **vollständig** beantwortet habe. Ich wurde über die Behandlung, die möglichen Risiken (z. B. Rötungen, leichte Schwellungen, Pigmentveränderungen) und die notwendigen **Verhaltensregeln** vor und nach der Behandlung (insbesondere **Sonnenschutz** und **kein Zupfen/Waxing**) **ausführlich aufgeklärt**. Bei Änderungen meines Gesundheitszustandes oder der Einnahme von Medikamenten werde ich das Personal unverzüglich informieren.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde/Kundin: _____

Unterschrift Behandler/in: _____