

Anamnese- & Einwilligungsbogen

LED-LICHTTHERAPIE · SICHTBARES LICHT OHNE UV
TEIL 1 VON 3 · ANAMNESEBOGEN

STUDIO / PRAXIS

Von der Kund:in auszufüllen

NUR BEI DER ERSTAUFNAHME

STUDIO, ANSCHRIFT

DATUM

KUNDEN-NR.

So wird dieser Bogen ausgefüllt

Oben rechts steht auf jeder Seite, **wer sie ausfüllt und wann**. Diese Seiten füllt die **Kund:in** einmalig bei der Erstaufnahme aus. Nur bei **Ja** erscheint darunter ein kurzes Zusatzfeld. Bei Unsicherheit nichts ankreuzen und nachfragen. Der Code vor jeder Frage nennt **Kategorie, Abschnitt und Nummer**, zum Beispiel A.3.1; die Kategorien sind in der Fußzeile erklärt. Die LED-Lichttherapie läuft in dichter Folge, oft mehrmals pro Woche. Darum wird hier einmal ausführlich gefragt und vor jeder Sitzung nur noch das Beiblatt bestätigt.

1 Person, Zonen und Behandlungsziel

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

TELEFON

E-MAIL

ZU BEHANDELNDE ZONEN, ZUM BEISPIEL GESICHT, HALS, DEKOLLETÉ, RÜCKEN

WAS MÖCHTEN SIE ERREICHEN

2 Fälle ohne Lichtbehandlung

Bei Ja ist eine kosmetische Lichtbehandlung nicht möglich.

S.2.1 **Hatten Sie jemals Hautkrebs, oder ist für eine Stelle im Behandlungsfeld ein erhöhtes Hautkrebsrisiko bekannt?** ☐ Nein ☐ Ja
auch wenn er behandelt oder entfernt wurde. Auf solchen Hautpartien wird mit Lichtgeräten nicht gearbeitet.

S.2.2 **Läuft bei Ihnen zurzeit eine photodynamische Therapie?** ☐ Nein ☐ Ja
Lichtbehandlung mit einem lichtaktivierbaren Medikament, zum Beispiel einer Creme mit Aminolävlinsäure. Sie gehört in ärztliche Hand, dieser Bogen deckt sie nicht.

S.2.3 **Soll mit dem Licht eine Hauterkrankung behandelt werden?** ☐ Nein ☐ Ja
zum Beispiel Psoriasis, Ekzem, Dermatitis, Vitiligo, Melasma, Altersflecken oder wulstige Narben. Das ist eine ärztliche Behandlung, kein kosmetischer Termin.

Ein Ja bedeutet keine Absage der Hautpflege, sondern den Weg über die Ärzt:in. Bringen Sie eine schriftliche Freigabe mit, wenn eine Behandlung dort abgeschlossen ist.

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

KROND.STORE · Marke für Beauty-Geräte und digitale Dienstleistungen für Beauty-Salons

Anamnese LED-Lichttherapie

3

Lichtempfindlichkeit und ärztliche Freigabe

Bei Ja erst nach schriftlicher ärztlicher Freigabe.

- A.3.1 Wurde bei Ihnen eine lichtempfindliche Erkrankung festgestellt? ☐ Nein ☐ Ja
zum Beispiel Lupus, eine Porphyrie, Lichturtikaria oder polymorphe Lichtdermatose (Sonnenallergie).
Welche Wellenlängen eine Reaktion auslösen, beurteilt die Ärzt:in.
- A.3.2 Aktive Krebserkrankung oder onkologische Behandlung in den letzten fünf Jahren? ☐ Nein ☐ Ja
- A.3.3 Immunschwäche oder Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken? ☐ Nein ☐ Ja
zum Beispiel nach Transplantation, bei HIV, unter Biologika.
- A.3.4 Wurde bei Ihnen eine Netzhauterkrankung festgestellt, oder wurden Sie in den letzten Wochen am Auge operiert? ☐ Nein ☐ Ja
empfohlen. Das Licht trifft das Gesicht, der Augenschutz bleibt die ganze Sitzung auf.

ÄRZTLICHE FREIGABE DURCH (ARZT, FACHRICHTUNG) · DATUM · KOPIE LIEGT BEI

Minderjährige: Behandlung nur mit Einwilligung der Sorgeberechtigten, Unterschrift in Abschnitt 15.

4

Was den Termin verschiebt

Bei der Erstaufnahme ausfüllen, vor jeder weiteren Sitzung kurz auf dem Beiblatt bestätigt. Bei Ja wird der frühestmögliche Termin ausgerechnet.

- F.4.1 Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ☐ Nein ☐ Ja
NUR WENN JA
Vorsorglich keine Behandlung. Neuer Termin nach dem Abstillen.
- F.4.2 Wurde bei Ihnen in den letzten Tagen eine photodynamische Therapie durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja
nach der Anwendung bleibt die Haut vorübergehend lichtempfindlich.
NUR WENN JA
Behandelt am _____ frei ab _____ (48 Stunden)
- F.4.3 Ist die Haut im Behandlungsfeld verletzt, entzündet, infiziert, geschwollen oder stark gerötet? ☐ Nein ☐ Ja
offene Wunde, Ausschlag, gereizte Stelle, aktiver Herpes.
NUR WENN JA
Was genau _____ behandelt ab _____ (nach Abheilung)
- F.4.4 Haben Sie im Behandlungsfeld einen Sonnenbrand, oder ist die Haut frisch gebräunt? ☐ Nein ☐ Ja
durch Sonne, Solarium oder Selbstbräuner.
NUR WENN JA · ZUTREFFENDES ANKREUZEN
☐ Sonnenbrand im Feld, erst nach vollständiger Abheilung.
☐ Frische Bräune. Zuletzt am _____ frei ab _____ (eine Woche, empfohlen)

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

5

Was Dauer, Abstand und Betriebsart verändert

Bei Ja wird behandelt, mit angepasster Einstellung. Die genannten Anpassungen sind Empfehlungen, soweit nicht anders vermerkt.

- | | | | |
|-------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| P.5.1 | Neigen Sie zu epileptischen Anfällen, die durch flackerndes oder blinkendes Licht ausgelöst werden?
dann nur Dauerlicht, kein Pulsbetrieb. Auslöser sind laut Leitlinie die Lichtstärke und die Flimmerfrequenz, meist 15 bis 25 Hertz. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| P.5.2 | Nehmen Sie Medikamente, die die Haut lichtempfindlich machen?
zum Beispiel Isotretinoin, Doxycyclin, Johanniskraut oder Amiodaron. Die Fachinformationen nennen Sonne, UV und Solarium, nicht sichtbares Licht. Empfohlen: kürzere Bestrahlungszeit und ein Probefeld. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| P.5.3 | Haben Sie Diabetes?
die EU-Vorgabe für Lichtgeräte nennt Diabetes als Gegenanzeige, die die Gebrauchsanweisung des Geräts regeln muss. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| P.5.4 | Verwenden Sie Pflege mit Retinol, Säuren oder hoch dosiertem Vitamin C?
empfohlen: am Behandlungstag weglassen, die Haut reagiert sonst empfindlicher. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| P.5.5 | Bekommen Sie von hellem Licht leicht Kopfschmerzen, Migräne oder Übelkeit?
empfohlen: geringere Helligkeit, größerer Abstand, kürzere Sitzung. | ☐ Nein | ☐ Ja |

WELCHE MEDIKAMENTE UND PFLEGEPRODUKTE, SEIT WANN

6

Angaben für die Kundenakte

Nur für die Kundenakte, ohne Folge für die LED-Lichttherapie.

- | | | | |
|-------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| D.6.1 | Herzerkrankung, Bluthochdruck oder aktives Implantat? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.6.2 | Schilddrüsenerkrankung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.6.3 | Autoimmunerkrankung ohne Beteiligung der Haut? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.6.4 | Bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.6.5 | Weitere Erkrankungen, Operationen oder Dauermedikation? | ☐ Nein | ☐ Ja |

ERLÄUTERUNG

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

7 Sichtprüfung des Behandlungsfelds
Sichtprüfung durch die Behandler:in.

Z.7.1 Finden sich im Behandlungsfeld Stellen, die abgedeckt oder ausgespart werden müssen? ☐ Nein ☐ Ja
Muttermale, auffällige Pigmentflecken, offene oder entzündete Stellen, Tätowierung, Permanent-Make-up.

NUR WENN JA · GEFUNDENES ANKREUZEN, LAGE EINTRAGEN

☐ Muttermal oder pigmentierte Stelle. Während der Anwendung abdecken.

☐ Auffälliges Muttermal (Asymmetrie, unscharfer Rand, Veränderung). Nicht behandeln, dermatologisch abklären.

☐ Offene, entzündete, infizierte oder stark gerötete Stelle. Aussparen.

☐ Tätowierung oder Permanent-Make-up. Abdecken, empfohlen.

LAGE UND ABDECKUNG

Z.7.2 Liegt das Behandlungsfeld näher als 10 mm am Augenlid? ☐ Nein ☐ Ja
in der Schweiz sind Behandlungen an den Augenlidern und in Augennähe bis 10 mm ärztlich. Der Bereich der Augenbrauen gilt als außerhalb.

Zonenausschluss statt Absage. Ein Ja schließt eine Stelle aus, nicht die Kund:in. Die übrige Fläche wird regulär behandelt.

8 Licht, Dosis und Augenschutz
Wellenlängen, Dosis, Abstand und Dauer stehen in der Gebrauchsanweisung des Geräts. Hier wird eingetragen, was für diese Kund:in gilt.

WELLENLÄNGE	LICHT	STUFE ODER DOSIS (J/CM²) · ABSTAND (CM) · DAUER (MIN)	WAHL
400–450 nm	violett, blau		☐
500–530 nm	grün		☐
570–600 nm	gelb		☐
630–700 nm	rot		☐
ab 700 nm	nahes Infrarot, falls vorhanden		☐

BETRIEBSART: DAUERLICHT ODER PULS

RISIKOGRUPPE NACH EN 62471

AUGENSCHUTZ: BRILLE ODER PADS

MINDESTABSTAND DER SITZUNGEN

Augen. Die Augen dürfen dem Licht nicht ausgesetzt werden, Kund:in und Behandler:in tragen Augenschutz. Am stärksten wirkt die Netzhautgefährdung bei etwa 440 nm. Die Risikogruppen nach EN 62471 setzen voraus, dass man wegsieht; unter einem Panel ist das nicht der Fall.

9

Indikation und Zuständigkeit

Betriebsland zuerst ankreuzen. Trifft ein Punkt zu, ablehnen und verweisen.

S.9.1 **Deutschland. Behandlung pigmentierter Hautveränderungen oder von Gefäßveränderungen, Verletzung der Epidermis, Wirkung über Haut und Anhangsgebilde hinaus.**

§ 5 Abs. 2 NiSV. Die NiSV gilt für intensive Lichtquellen, deren Zweck ein wesentlicher Effekt auf das Zielgewebe ist (§ 2 Abs. 1 Nr. 3); dann sind Fachkunde, Anzeige beim Amt, Beratungsprotokoll und Einwilligung Pflicht.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

S.9.2 **Österreich. Untersuchung oder Behandlung einer Erkrankung.**

Kosmetik (Schönheitspflege) ist das reglementierte Gewerbe nach § 94 Z 42 GewO 1994. Die Behandlung krankhafter Zustände ist ärztliche Tätigkeit nach § 2 Abs. 2 ÄrzteG.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

S.9.3 **Schweiz. Altersflecken, Melasma, Psoriasis, Ekzeme, Dermatitis, Vitiligo, Keloide, Warzen, aktinische Keratosen, Angiome über 3 mm.**

V-NISSG Anhang 2 Ziffer 2.1, nur ärztlich. Akne, Falten, Narben, postinflammatorische Hyperpigmentierung, Striae und Couperose bis 3 mm brauchen den Sachkundenachweis Haut und Pigmentierung (Ziffer 1.1); die Vollzugshilfe des BAG führt LED-Behandlungen dort auf. Photodynamische Therapie und PUVA sind in dieser Kategorie verboten.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

BETRIEBSLAND

FACHKUNDE ODER SACHKUNDE NR.

GERÄT IST MEDIZINPRODUKT

Werbung und Zweckbestimmung hängen zusammen: Was das Gerät laut Gebrauchsanweisung darf, begrenzt, was das Studio verspricht. Ein Heilungsversprechen macht aus der kosmetischen Anwendung eine medizinische.

10

Freigabe und Behandlungsplan

Pflichtfeld.

VORGENOMMENE ANPASSUNG (WELLENLÄNGE, STUFE, ABSTAND, DAUER, PROBEFELD)

- ☐ behandeln
- ☐ behandeln mit Anpassung
- ☐ nur Dauerlicht, kein Pulsbetrieb
- ☐ Freigabe abwarten
- ☐ verschieben auf _____
- ☐ ablehnen und verweisen
- ☐ Zone ausgeschlossen, Rest behandelt

BEGRÜNDUNG DER ENTSCHEIDUNG

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

11

Wirkung des Lichts und mögliche Reaktionen

Sichtbares Licht ohne UV-Anteil, ohne Hautkontakt, ohne Wärmeerstörung.

HÄUFIG UND ZU ERWARTEN

- Wärmegefühl oder leichtes Kribbeln auf der Haut.
- Rötung der Haut, meist vorübergehend.
- Blendung und Nachbilder direkt nach der Sitzung, auch mit Augenschutz.
- Trockenheitsgefühl der Haut nach der Sitzung.

SELTEN BIS SEHR SELTEN

- Augenschäden an Netzhaut und Hornhaut ohne Augenschutz.
- Kopfschmerzen oder Übelkeit durch die Helligkeit.
- Anfall bei Lichtempfindlichkeit im Pulsbetrieb.
- Überexposition bei zu langer oder zu häufiger Anwendung.
- Entzündung der Haarbälge oder Hautinfektion.
- Anhaltende Rötung.
- Pigmentveränderung, heller oder dunkler.
- Allergische oder chemische Hautreaktion, etwa auf Pflegeprodukte.

Die Liste folgt den Risiken, die die EU-Vorgabe für Geräte mit intensiver optischer Strahlung nennt, beschränkt auf das, was bei sichtbarem Licht ohne Hautkontakt vorkommen kann.

12

Ablauf der Serie und andere Verfahren

- **Eine Serie, keine einzelne Sitzung.** Zahl, Abstand und Dauer der Sitzungen richten sich nach der Gebrauchsanweisung des Geräts, die den Mindestabstand zwischen zwei Anwendungen derselben Stelle nennt.
- **Kein garantiertes Ergebnis.** Das Licht regt die Haut an, es zwingt sie zu nichts. Wirkung und Dauer sind von Mensch zu Mensch verschieden.
- **Keine Heilbehandlung.** Steckt hinter dem Hautbild eine Erkrankung, gehört sie ärztlich abgeklärt. Die kosmetische Lichtenwendung ersetzt das nicht.
- **Kein Ersatz für Lichtschutz.** Das Gerät gibt kein UV ab, die Haut wird dadurch aber auch nicht widerstandsfähiger gegen Sonne.
- **Alternativen.** Statt der Lichtbehandlung kommen kosmetische Pflege, andere apparative Verfahren oder, wenn eine Erkrankung dahintersteckt, die ärztliche Behandlung infrage. Ihre Risiken und Grenzen bespricht die Behandler:in vor der Einwilligung.
- **Kostenübernahme.** Ästhetische Leistung, von keiner Versicherung übernommen, auch nicht bei Nebenwirkungen.

13 Vor und nach der Sitzung

VOR DER SITZUNG

- Haut reinigen, Make-up und Sonnenschutz entfernen. Beides filtert das Licht.
- Am Behandlungstag keine Pflege mit Retinol, Säuren oder hoch dosiertem Vitamin C auftragen, empfohlen.
- Augenschutz aufsetzen, bevor das Gerät eingeschaltet wird, und bis zum Ende aufbehalten.
- Neue Medikamente, neue Pflegeprodukte und jede Hautveränderung vorher melden.

NACH DER SITZUNG

- Gewohnte Pflege, bei Rötung kühlen, empfohlen.
- Nach der Sitzung kurz sitzen bleiben, bis Blendung und Nachbilder abgeklungen sind, empfohlen.
- Sonnenschutz wie sonst auch. Das Licht ersetzt ihn nicht.
- Nächste Sitzung frühestens nach dem Abstand, den die Gebrauchsanweisung des Geräts nennt.

Sitzung sofort abbrechen bei

- Schmerz, Brennen oder starkem Wärmegefühl
- Kopfschmerz, Schwindel oder Übelkeit
- Augenbeschwerden oder verrutschtem Augenschutz
- zunehmender Rötung oder Schwellung

Danach: Gerät ausschalten, Abstand vergrößern oder Stufe senken, das Ereignis gesondert dokumentieren und nach Sicherheitsprotokoll eskalieren. Empfohlen: vor der nächsten Sitzung ein Probefeld anlegen.

Diese Formularvorlage dient der strukturierten Aufnahme und Aufklärung und stellt keine Rechtsberatung dar. Grundlagen sind die Durchführungsverordnung (EU) 2022/2346 mit den gemeinsamen Spezifikationen zu Anhang XVI Nummer 5 der Verordnung (EU) 2017/745, die NiSV, die V-NISSG mit der Vollzugshilfe des BAG, die GewO 1994 und das Ärztegesetz, die Hinweise des BfS zu sichtbarem Licht und LED, die Leitlinie der DGN zu Epilepsien sowie die Fachinformationen zu Isotretinoin, Doxycyclin, Johanniskraut, Amiodaron und zu Aminolävulinsäure. Als Empfehlung gekennzeichnete Wartezeiten und Anpassungen stammen aus keiner dieser Quellen. Dosis, Abstand, Dauer und Häufigkeit richten sich nach der Gebrauchsanweisung des verwendeten Geräts. Vor dem Einsatz ist die Vorlage durch eine Rechtsberatung im jeweiligen Betriebsland zu prüfen. Die fachliche und rechtliche Verantwortung liegt bei der durchführenden Behandler:in.

14 Umgang mit Daten und Fotos

Die Aufnahme- und Einwilligungsdokumentation unterliegt der Datenschutz-Grundverordnung und wird nicht an Dritte weitergegeben. Rechtsgrundlage ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Es bestehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung im Rahmen der Aufbewahrungspflichten sowie Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde. Fällt das Gerät unter die NiSV, sind Beratungsprotokoll und Einverständniserklärung zehn Jahre aufzubewahren.

- ☐ Ich willige in Vorher- und Nachher-Aufnahmen zur **klinischen Dokumentation** ein.
- ☐ Ich willige gesondert in die Verwendung für **Marketing und soziale Medien** ein. Freiwillig, jederzeit widerrufbar, ohne Auswirkung auf die Behandlung.

15 Bestätigung und Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht, die Aufklärung erhalten und verstanden habe und in die Behandlung einwillige. Ich wurde über die Anwendung und ihre Wirkungen, über Risiken und Nebenwirkungen, über mögliche Alternativen, über den Behandlungsplan mit den gewählten Einstellungen und über die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen fachärztlichen Abklärung beraten. Ich teile Änderungen meines Gesundheitszustands und neue Medikamente vor jeder weiteren Sitzung mit.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT KUND:IN

NAME DER BEHANDLER:IN

UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN

SORGEBERECHTIGTE:R BEI MINDERJÄHRIGEN

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE:R

NAME DER KUND:IN

KUNDEN-NR.

BLATT NR.

Je Sitzung ein Block. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die Kund:in, dass keiner der folgenden Punkte zutrifft, sonst wird die Sitzung verschoben (Abschnitt 4). Weitere Sitzungen auf einem zweiten Blatt, dort „Forts.“ ankreuzen.

VOR JEDER SITZUNG BESTÄTIGT · KEINER DIESER PUNKTE TRIFFT ZU

F.4.1	Schwangerschaft oder Stillzeit	Termin nach dem Abstillen
F.4.2	photodynamische Therapie in den letzten Tagen	frei nach 48 Stunden
F.4.3	Haut im Feld nicht intakt, Wunde, Entzündung, Infektion oder Herpes	frei nach Abheilung
F.4.4	Sonnenbrand oder frische Bräune im Feld	Abheilung · 1 Woche
P.5.1	neue Lichtempfindlichkeit oder Anfallsneigung	nur Dauerlicht
P.5.2	neues Medikament oder neue Pflege seit der letzten Sitzung	Einstellung prüfen
Z.7.1	neues oder verändertes Muttermal im Feld	dermatologisch abklären

SITZUNG NR.	DATUM		
WELLENLÄNGEN	STUFE / DOSIS	ABSTAND	DAUER
ZONEN			
AUGENSCHUTZ	☐ getragen	REAKTION	☐ keine ☐ leichte Rötung ☐ abnormal, unten beschreiben
UNTERSCHRIFT KUND:IN		UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

SITZUNG NR.	DATUM		
WELLENLÄNGEN	STUFE / DOSIS	ABSTAND	DAUER
ZONEN			
AUGENSCHUTZ	☐ getragen	REAKTION	☐ keine ☐ leichte Rötung ☐ abnormal, unten beschreiben
UNTERSCHRIFT KUND:IN		UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

SITZUNG NR.	DATUM		
WELLENLÄNGEN	STUFE / DOSIS	ABSTAND	DAUER
ZONEN			
AUGENSCHUTZ	☐ getragen	REAKTION	☐ keine ☐ leichte Rötung ☐ abnormal, unten beschreiben
UNTERSCHRIFT KUND:IN		UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

SITZUNG NR.	DATUM		
WELLENLÄNGEN	STUFE / DOSIS	ABSTAND	DAUER
ZONEN			
AUGENSCHUTZ	☐ getragen	REAKTION	☐ keine ☐ leichte Rötung ☐ abnormal, unten beschreiben
UNTERSCHRIFT KUND:IN		UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	