

Behandlungen mit Radiofrequenz

Gesundheitsfragebogen / Kontraindikationen / Verhalten

Die körperliche Verfassung und mögliche Vorschäden beeinflussen die Behandlungen und das resultierende Ergebnis. Um Gefahrenquellen und Kontraindikationen erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit und werden vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name: _____ **Vorname:** _____

Anamnese

	JA	NEIN
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wieso und seit wann?		
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und seit wann?		
Nehmen Sie Medikamente für die Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an chronischen Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und seit wann?		
Sind Sie Diabetiker_in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Bluter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welche Stoffe und mit welchen Reaktionen?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Metallimplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen im Moment Wunden oder Infektionen auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen im Moment Thrombosen oder Entzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht im Moment eine Schilddrüsenvergrößerung oder eine bronchiale Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Neurodermitis oder Psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Akromegalie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?		
Für Frauen:		
Haben Sie gerade die Periode? (Bauchbehandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planen Sie eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Hormone zur Verhütung oder menopausal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Behandlung darf unter keinen Umständen bei einer Schwangerschaft, bei Patienten mit Herzschrittmachern/ Defibrillatoren, Insulinpumpen und bei Blutern durchgeführt werden. Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich bin mir meiner Verpflichtung bewusst, meinen Behandler über Änderungen meines Gesundheitszustandes zu informieren, da dieser von grundlegender Bedeutung für eine entsprechende Behandlung ist.

Datum:.....

Unterschrift:.....

Verhalten vor und nach der Behandlung mit Radiofrequenz

- Trinken Sie genug vor der Behandlung
- Vermeiden Sie die Sonne für mindesten 3 Tage nach der Behandlung, auch kein Solarium
- Danach nur mit Sonnenschutz an die Sonne
- Nachsorge zu Hause mit dem Hyaluronserum Aqua 4D von Déesse
- versuchen Sie die Mimik für eine Stunde still zu halten