

# HAARLOS 3.0

Vorname:

Nachname:

Straße/ Nr.:

Ort:

Telefon:

E Mail:

Geburtsdatum:

1. Wie oft lasieren Sie sich? Ja  Nein
2. Entfernen Sie lästige Körperbehaarung bislang mit Wachs? Ja  Nein
3. Entfernen Sie die Körperbehaarung mit einem Epiliergerät oder Pinzette? Ja  Nein
4. Gibt es bei Ihnen eingewachsene Haare und damit verbundene Entzündungen? Ja  Nein
5. Ist Ihre Haut besonders empfindlich? Ja  Nein
6. Haben Sie Pigmentstörungen? Ja  Nein
7. Gehen Sie regelmäßig ins Solarium oder in die Sonne? Ja  Nein
8. Sind Sie allergisch oder haben Sie Unverträglichkeiten? Wenn ja welche? Ja  Nein

- .....
9. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein   
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (zB Aspirin, Marcumar), Beruhigungsmittel  
Schlafmittel, Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (zB Johanneskraut, Antibiotika,  
Cortison....) oder: .....
  10. Besteht bei Ihnen eine Herpes-Infektion? Ja  Nein
  11. Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein
  12. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krebs diagnostiziert? Ja  Nein
  13. Sind Sie in dermatologischer Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? Ja  Nein

- .....
14. Wurde bei Ihnen ein Venenleiden festgestellt ? Ja  Nein
  15. Besteht bei Ihnen eine HIV-Infektion? Ja  Nein
  16. Leiden Sie an Diabetis? Ja  Nein
  17. Befinden Sie sich derzeit im hormonellen Umschwung? Ja  Nein
  18. Sind Sie schwanger? Ja  Nein
  19. Leiden Sie unter Epilepsie? Ja  Nein

Sofern Sie Fragen mit Ja beantwortet sind, bitte vorab mit dem Arzt abklären, ob eine Behandlung durchgeführt werden darf.

