



Kryolipolyse mit EMS und Lymphdrainage

Gesundheitsfragebogen

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"/>
Hatten Sie schon einmal eine Liposuktion (Fettabsaugung) zur Umfangreduktion? wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? wenn ja, wieso und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an chronischen Krankheiten? Wenn ja, welche und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien? Wenn ja, auf welche Stoffe und mit welchen Reaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Erkrankungen des Fettgewebes, der Leber oder der Nieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer aktiven Kälte- oder Druckurtikaria (Rötungen, Schwellungen, Nesselsucht) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kryoglobulinämie (Gefässentzündung durch Ablagerung von Immunkomplexen bei Kälteeinwirkung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (zB. Diabetes) oder wichtiger Organe (zB. Gefässe, Nieren, Leber, Magen, Darm, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Herz- oder Lungenerkrankung (zB. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefässe, Bronchialasthma) oder wurde ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Insulinpumpe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erika Welten-Lüscher

Med. Praxisassistentin / Kosmetikerin / Visagistin
Nordic Walking Leiterin / SwissShape Coach

www.ew-cosmetics.ch

+41 76 392 38 63

Technikumstrasse 14 / 6048 Horw



L I P O | G E N



	JA	NEIN
Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (zB. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer verzögerten Wundheilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer ungewöhnlich starken Narbenbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Neurodermitis oder Psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Hypopigmentierung, Hyperpigmentierung oder Pigmentverschiebungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter rheumatischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?		
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie entzündliche Ödeme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich Operationen unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja? Welche und wann?		
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und seit wann?		
Wurde bei Ihnen schon einmal eine lymphologische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? Welche? wie oft?		
Für Frauen:		
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 und Epileptikern 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:.....

Erika Welten-Lüscher
 Med. Praxisassistentin / Kosmetikerin / Visagistin
 Nordic Walking Leiterin / SwissShape Coach

www.ew-cosmetics.ch

+41 76 392 38 63
 Technikumstrasse 14 / 6048 Horw



L I P O | G E N