



Aufnahmebericht:

Name: Datum:
Vorname: Tel/Fax:
Adresse: - „- Ges.:
Beruf: Geb. Dat.:
Nationalität:

Welches Hautproblem haben Sie:

Hatten Sie eine plastische O.P. Ja ☐ Nein ☐

Chirurg: Beschreibung:

Hatten Sie eine Tiefenschälkur bzw -peeling: Ja ☐ Nein ☐

Art, Ergebnis und Zeitpunkt:

Auflistung der z.Z. benutzten Produkte:

Werden/wurden Sie bereits in einem Institut behandelt:

Neu aufgenommene Zusatzprodukte:

Diätischer Werdegang:

Nehmen oder nahmen Sie Ovulationshemmer oder Hormone?

Ja ☐ Nein ☐ Für wie lange?

Sind/waren Sie in dermatologischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Dermatologe:

Verwenden Sie z.Z. Retin A oder Retinol? Ja ☐ Nein ☐

Für wie lange? Welche Stärke?

Creme: Gel:

Pigmentierungsveränderungen im Gesicht durch: Sonne,

Schwangerschaft, Ovulationshemmer etc.?

Flecken? Melasma? Sommersprossen? Sonnenpigmentierung?

☐

☐

☐

☐

Wie lange haben Sie diese Zustände?

Wie oft nehmen Sie Sonnenbäder?

Betreiben Sie Sportarten in regelmäßiger Sonnenbestrahlung?

Verwenden Sie Sonnenschutz? Ja ☐ Nein ☐

SPF: Nie ☐ Manchmal ☐ Regelmäßig ☐

Leiden/litten Sie unter Akne? Ja ☐ Nein ☐

Akne immer noch aktiv? Ja ☐ Nein ☐

Welche medizinische Aknebehandlung bekommen/bekamen Sie?

Verwenden Sie gegenwärtig oder in den letzten 6 Monaten das

Produkt ACUTANE? Ja ☐ Nein ☐

Zeitpunkt der Beendigung:

Heilt Ihre Haut gut?

Keloid - Geschichte?

Angina oder Herzschrittmacher?

Diabetes oder Bluter?

Epilepsie?

Haben oder hatten Sie einen Befund infektiöser Hautkrankheiten in

letzter Zeit wie Impetigo oder Herpes (Kältebrand, Fieberbläschen)?

Ja ☐ Nein ☐

Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

Irgendwelche Allergien bekannt?

Anwender-Unterschrift Datum

Anwender Hautanalyse:

Hauttyp:

Couperose:

Falten:

Aknenarben:.....

Hyper-/Hypopigmentierung:.....

Andere Merkmale:.....

Empfohlene Heimanwendung / Ergänzung:.....

Anwendungsverfahren:.....

Links

Erläuterungen:

DMK Klienten Aufnahmebericht

(nur vom Klienten auszufüllen)

Bitte beantworten Sie die auf dieser Seite des Formulars abgedruckten Fragen, und bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben rechts unten mit Ihrer Unterschrift.

Datum/Erstbesuch:-----

Name:-----

Adresse:-----

Postanschrift:-----

Telefon: priv.:-----Geschäftl.:-----

-----mobile:-----

Berufliche Tätigkeit:-----seit:-----

Geburtsdatum:-----

Nationalität:-----

Familienstand:-----Kinder:-----

Welches Problem o. welcher Wunsch führt Sie zu uns?-----

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?-----

Medikamenten-/ Krankenvorgeschichte

Sind Sie z.Z. oder waren Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung, und wenn ja, weswegen?-----

Name d. Arztes:-----

Nehmen/Nähmen Sie in den letzten 6 Monaten eines oder mehrere der folgenden Medikamente bzw Präparate ein?

• Aknemedikamente (z.B. RoAccutan) Ja--- Nein---Seit-----
Name:-----

- Antibiotika
- Diuretika (harntreibende Mittel)
- Laxativa (abführende Mittel)
- Ovulationshemmer (z.B. Pille)
- Blutdruckmedikamente
- Kardiaka (Herzmedikamente)
- Schilddrüsenmedikamente/-hormone
- Krebsmedikamente
- H.I.V.-Medikamente
- Stirn-/Nebenhöhlenmedikamente
- Hormone
- Anti-Depressiva
- Beruhigungsmittel

Wurde eine Hautschälung durchgeführt? Wenn ja, welcher Art (z.B. Säure, Abschleifung usw.)-----
Wo wurde diese durchgeführt?-----
Ergebnis/Erfolgsdauer?-----

Verwenden Sie z.Z. Vitamin A- (z.B. Retinol) oder Fruchtsäurepräparate (AHA's) bzw. andere abtragende Mittel? Wenn ja, warum?-----
Welche, wie hoch konzentriert, und seit wann?-----

Resultat?-----

Auf welche Inhaltsstoffe, Substanzen bzw. Lebensmittel reagieren Sie allergisch?-----

Seit wann?-----

Sind Ihnen Gegenanzeigen (Kontraindikationen) auf bestimmte Behandlungen bekannt?-----

Datum

Unterschrift des Klienten
(bestätigt die Richtigkeit der Angaben)