



Patientenname und -adresse

Gesichtsfaltentherapie

Vorname Nachname

Anschrift

//

Fall-ID / Geburtsdatum / Patienten-ID

Anamnesebogen / Einwilligung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Alter: Jahre • Größe: cm • Gewicht: kg

Geschlecht: _____

n = nein/j = ja

1. Werden regelmäßig oder derzeit **Medikamente** ☐ n ☐ j eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Praxela®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin]. Schmerzmittel. Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormon-

präparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])?

Wenn ja, welche? _____

2. Besteht eine **Allergie** wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine **Unverträglichkeit** bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

3. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte **Blutungsneigung** wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken. Nachbluten nach Operationen? ☐ n ☐ j

4. Besteht/Bestand eine **Infektionskrankheit** ☐ n ☐ j (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

Wenn ja, welche? _____

5. Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

6. Befinden sich **Implantate** im Körper (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

7. Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)? ☐ n ☐ j

Wenn Ja, welche? _____

8. **Liegt eine psychische Erkrankung vor** (z.B. Depression, Borderline-Syndrom)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

9. Bestehen **weitere Erkrankungen**? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

10. Kommt es häufig zu **Infektionen**? ☐ n ☐ j

11. Kam es schon einmal zu **Wundheilungsstörungen** wie z.B. Entzündung, Abszess, Fistel? ☐ n ☐ j

12. Kam es schon einmal zu einer **Narbenwucherung** wie z.B. Keloid? ☐ n ☐ j

13. Wurde schon einmal eine **Narkose, Regionalanästhesie** oder **örtliche Betäubung** (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt? ☐ n ☐ j

Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?

☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

14. Regelmäßiger **Tabakkonsum**? ☐ n ☐ j

Wenn ja, was und wieviel? _____

Zusatzfrage bei Frauen

1. Könnten Sie **schwanger** sein? ☐ n ☐ j

