

**MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN VOR DER INJEKTION VON HYALURONSÄURE
DER PRODUKTREIHE TEOSYAL®**

Unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
Dem Behandler direkt zu übergeben.

Name: Geburtsjahr:

Vorname: Mann Frau

Treiben Sie Sport?

Nein Ja, bitte Sportart und Häufigkeit angeben:

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Nein Ja

Sind bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen bekannt?

Nein Ja, bitte angeben:

Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Hatten Sie bereits operative Eingriffe?

Nein Ja, bitte Art der Operation und Datum des Eingriffs angeben:
.....

**Hatten Sie bereits ästhetische Operationen?
(Lifting, Fettabsaugen, Lid-, Nasen-, Kiefer-, Brustoperationen, etc.)?**

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Datum: ≤ 1 Monate ≤ 3 Monate ≤ 6 Monate ≤ 1 Jahr ≥ 1 Jahr

Hatten Sie nach chirurgischen Eingriffen oder Verletzungen Schwierigkeiten mit der Narbenbildung?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Haben Sie bereits Schönheitseingriffe vornehmen lassen?

Nein Laser Peeling Dermabrasion Injektion Goldfaden Ultraschall

Andere, bitte angeben:

Datum: ≤ 1 Monate ≤ 6 Monate ≤ 1 Jahr ≥ 1 Jahr

Hatten diese früheren Schönheitseingriffe unerwünschte Nebenwirkungen?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Hatten Sie bereits eine Faltenunterspritzung oder einen Volumenaufbau im Gesicht?

Nein Ja, bitte kreuzen Sie auf dem Foto unten die Injektionsbereiche an:



Es handelte sich um: Hyaluronsäure Botulinumtoxin andere Produkte

Datum der Injektion (Monat und Jahr)	Injektionsbereich	Name des Produkts

Aquamid, Altean, Artecoll,
Evolence, Dermalive, Emervel,
Esthélis, Fortéllis, Glytone, Hyalform,
Juvederm, Novabel, Perlane,
Radiesse, Restylane, Sculptra,
Silicone, Stylage, Succcev,
Surgiderm, Teosyal,
X-HA, ...

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mesotherapie durchgeführt?

Nein Ja, bitte geben Sie die Zone und den Namen des Produkts an:

Datum: ≤ 1 Monate ≤ 6 Monate ≤ 1 Jahr ≥ 1 Jahr

Leiden Sie unter Überempfindlichkeit(en) oder Allergie(n)?
(Nahrungsmittel, Kosmetika, Asthma, Hyaluronsäure, Latex, Lidocain, Vitamine, etc.)?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Hatten Sie schon einmal eine Reaktion auf eine örtliche Betäubung (z.B. bei einer Zahnbehandlung)?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Hatten Sie in der letzten Zeit eine Zahnbehandlung?

Nein Ja, bitte geben Sie an, wann: ≤ 1 Woche ≥ 1 Woche ≤ 1 Monate

Haben Sie in der nächsten Zeit eine Zahnbehandlung geplant?

Nein Ja, bitte die Art der Behandlung und das vorgesehene Datum angeben:
.....

Sind in Ihrer Familie Autoimmunerkrankungen aufgetreten?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung oder einer Erkrankung, die das Immunsystem beeinträchtigt
(Diabetes Typ I, rheumatische Polyarthritis, Psoriasis, Schilddrüsenprobleme, Sklerodermie, entzündliche
Darmerkrankungen, Lupus erythematodes, multiple Sklerose, hämorrhagische Kolitis, etc.)?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Leiden Sie unter wiederkehrenden Hautinfektionen, Entzündungen oder anderen Infektionen im Gesicht?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Treten bei Ihnen gelegentlich Hautreaktionen auf (Herpes, Akne, Rosacea, etc.)?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Leiden Sie oft unter Angina oder anderen Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Datum der letzten Erkrankung:

Leiden Sie an einer Leberfunktionsstörung?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Datum der letzten Erkrankung:

Haben Sie Rheuma?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) bekannt?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Ist bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung bekannt oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende
Medikamente ein (Aspirin, Marcumar, Heparin, etc.)?

Nein Ja, bitte genauer angeben:

Datum: Ort: Unterschrift: