



## Kundenkarte

Vollständiger Name

Telefon

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

E-mail

Land / Stadt

Soziale Netzwerke

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Die Vertraulichkeit Ihrer Informationen wird garantiert.

Um eine qualitativ hochwertige Schulung und Arbeit an Ihrem eigenen Gesicht zu gewährleisten, ist es notwendig, alle durchgeführten Operationen und invasiven Eingriffe mitzuteilen. Andernfalls kann dies gefährlich sein und ein positives Ergebnis nicht garantieren.

### 1. Haben Sie plastische Operationen durchführen lassen?

☐

Nein

☐

Ja

Wann wurde die  
Operation  
durchgeführt?  
An welcher  
Gesichtszone?

### 2. Haben Sie die folgenden Gesundheitsprobleme?

☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐

Neuritis

☐

Erhöhter Blutdruck

☐

Gefäßbrüchigkeit

☐

Hautverletzungen

☐

Epilepsie

☐

Vergrößerte Schilddrüse

☐

Alopezie

☐

Diabetes

☐

Herpesvirus

☐

Ekzem

☐

Mundhöhlenerkrankungen

☐

Psoriasis

☐

Klaustrophobie

☐

Neubildungen (Tumoren)

☐

Depression

### 3. Nehmen Sie Medikamente ein?

☐

Nein

☐

Ja

Welche?

### 4. Sind Sie schwanger?

☐

Nein

☐

Ja

Schwanger  
schaftswoche



### 5. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten:

☐

Schädel-Hirn-Traumata

☐

Operationen /  
Erkrankungen im Bereich

☐

Augenoperationen

Wenn ja, wann?

### 6. Tragen Sie Kontaktlinsen?

☐

Nein

☐

Ja

### 7. Welchen Hauttyp haben Sie?

☐

Normal

☐

Ölig

☐

Trocken

☐

Mischhaut

### 8. Wurden Ihnen die folgenden Präparate verabreicht?

☐

Biorevitalisierung

☐

Injektionen von Fillern auf Basis von Hyaluronsäure

☐

Botulinum-Injektionen

☐

Lippenvergrößerung mit Hyaluronsäure

☐

Meso-Fäden (Fadenlifting)

☐

Gibt es Bereiche mit dauerhaften Implantaten?

Wenn ja, wann?

### 9. Wurden im letzten Monat folgende Behandlungen durchgeführt?:

☐

Mikrodermabrasion

☐

Mittlere oder tiefe chemische Peelings

☐

Plasmalifting (PRP-Therapie)

☐

Laserentfernung von Muttermalen,  
Papillomen und Pigmentflecken

☐

Thermage-Behandlung

☐

Fraxel DUAL Laser-Gesichts- und Hals-  
Photorejuvenation

**Wenn Sie unzutreffende Informationen über Ihren Gesundheitszustand bereitstellen, ist es nicht möglich, alle mit der Dienstleistung verbundenen Risiken vollständig einzuschätzen. In diesem Fall verpflichten Sie sich, keine Ansprüche geltend zu machen.**

Sie geben außerdem Ihre Zustimmung zur Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten: Name, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Angaben zu bestehenden Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Informationen über durchgeführte kosmetische Behandlungen.

**Ausfülldatum**

**Unterschrift**