



splitmassage®

## Kundenkarte

Vollständiger Name

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Land / Stadt

Telefon

E-mail

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  
 Erhöhter Blutdruck  
 Hautverletzungen  
 Vergrößerte Schilddrüse  
 Diabetes  
 Ekzem  
 Psoriasis  
 Neubildungen (Tumoren)

Neuritis  
 Gefäßbrüchigkeit  
 Epilepsie  
 Alopezie  
 Herpesvirus  
 Mundhöhlerkrankungen  
 Klaustrophobie  
 Depression

### 3. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja

Welche?

### 4. Sind Sie schwanger?

Nein

Ja

Schwanger  
schaftswoche



splitmassage®

## 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**