

Sehr geehrter Kunde,

um Ihnen eine sichere Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Wir können uns so auf mögliche Kontraindikationen einstellen. Ihre Daten werden von uns gewissenhaft behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Ihr Enthaarungsstudio Delpilation

Ja Nein

- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (z.B. Antibiotika, Hormonpräparate, Aspirin, Cortison) Wenn ja, bitte diese angeben.

-
- Sind Ihnen Herz- Kreislaferkrankungen bekannt?

- Wurde bei Ihnen ein Venenleiden festgestellt?

- Besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung?

- Besteht bei Ihnen eine Infektion des HIV – Virus?

- Leiden Sie an Diabetes?

- Befinden Sie sich in einem hormonellen Umschwung? (z.B. Wechseljahre)

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Ort, Datum

Unterschrift