

Fragebogen



Sehr geehrte Kundin,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Fragen können
Sie gern jederzeit mit mir besprechen.

**Besteht bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden
Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)**

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entzündungen der Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegen derzeit Allgemeinbeschwerden vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

Fragebogen



Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- | | ja | nein |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Eisenpräparate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kortison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antidepressiva / Johanniskraut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leiden Sie unter folgenden Hautkrankheiten?
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hautkrebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vitiligo (Weißfleckenkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ekzeme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Akute Hautkrankheiten (Pilz oder Herpesinfektion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie derzeit schwanger?

- | ja | nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Befinden Sie sich in der Stillzeit?

- | ja | nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogen



Haben Sie im Körper...?
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- | | ja | nein |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Prothesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zahnimplantate/ Zahnkronen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Silikonimplantate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige metallhaltige Implantate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beachten Sie, dass bei den oben aufgeführten Erkrankungen oder bei Einnahme der oben aufgeführten Medikamente eine Behandlung erst ärztlich abgeklärt werden sollte.

Während der Schwangerschaft und Stillzeit ist eine Behandlung NICHT möglich.

Bei akutem Herpes oder einer Entzündung der Haut sollte keine Behandlung durchgeführt werden.

Bei Einnahme von Blutverdünnern wie Aspirin oder Marcumar sollte der zuständige Arzt die Behandlung freigeben!

Bei Fragen sprechen Sie mich an!