

# ANAMNESE



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie Medikamente ein?  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar),  
lichtsensibilisierende Medikamente (z.B. Johanniskraut, Accutane, Psoralen)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
2. Haben Sie Herz-/ Kreislaufprobleme? (z.B. Bluthochdruck) O Ja O Nein
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? O Ja O Nein
4. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen, Gerinnungsstörungen?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
5. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  
(z.B. Heuschnupfen, Asthma)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
6. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierungen? O Ja O Nein
7. Haben Sie häufig Infektionen? (z.B. Herpes) O Ja O Nein
8. Leiden Sie unter Lichtempfindlichkeit? O Ja O Nein
9. Neigen Sie zu Narbenbildung? O Ja O Nein
10. Leiden Sie an Neurodermitis? O Ja O Nein
11. Haben Sie Diabetes? O Ja O Nein
12. Rauchen Sie? O Ja O Nein
13. Waren Sie im Solarium/ starker UV-Strahlung? (letzte 2 W.) O Ja O Nein
14. Wurden in den letzten 2 Wochen Selbstbräuner oder Peelings benutzt?  
(z.B. Mikrodermabrasion, Fruchtsäure)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
15. Wurden in den letzten 2 Wochen Sonnencreme mit Nanopartikel angewendet?  
(z.B. Nano-Titaniumoxid)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
16. Besteht eine Schwangerschaft? O Ja O Nein
17. Beobachtung/ Fragen betreffend Hauttyp:  
Augenfarbe: \_\_\_\_\_  
Haarfarbe: \_\_\_\_\_  
Hautfarbe: \_\_\_\_\_  
Sonnenbrandanfälligkeit: \_\_\_\_\_  
Hauttyp nach Fitzpatrick: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift