

Anamnesebogen Tattoo - Entfernung

Was der Behandelnde wissen sollte:

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Hatten Sie /Hatte Ihr Kind schon einmal eine **Laser-Behandlung**?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

2. Nehmen Sie **Medikamente** ein?

(Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin) Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z. B. Tetracycline), Hormone, Vitamin E)

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

3. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombose, Embolie**)?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung**?

(z. B. bei kleinen Verletzungen oder Zahnbehandlung oder entstehen leicht **blaue Flecken** auch ohne besonderen Anlass)

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

5. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z. B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** bekannt?

(z. B. Gefäße, Herz, Nieren Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem)

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

6. Haben oder hatten Sie bereits **Gelbsucht**?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

7. Besteht eine **Herz- oder Lungenkrankheit** oder wurde ein **Herzschriftermacher/Defibrillator** eingepflanzt? (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkrankgefäß, Bronchialasthma)

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

8. Treten bei Ihnen immer wieder **Lippenbläschen (Herpes)** auf?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

9. Besteht eine **akute oder chronische Infektionskrankheit** (z. B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

10. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterungen, verzögerter Heilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln, starker Narbenbildung?**

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

11. Sind **Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeiten (z. B. von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex) bekannt?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

12. Leiden Sie unter **Neurodermitis, Psoriasis oder Milchschorf (Atopiker)?**

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

13. Werden Sie zur Zeit wegen **Akne** behandelt?

<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> nein	

14. Leiden Sie unter anderen **Hautauffälligkeiten** (Muttermal, Haarausfall, Vitiligo, ...)?

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

15. Leiden Sie unter **Hypo-/Hyperpigmentierung / Pigmentverschiebungen?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

16. Haben Sie häufig **Infektionen?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

17. Leiden Sie unter **verstärkter Lichtempfindlichkeit** oder haben Sie eine **Sonnen-/Lichtallergie?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

18. Leiden Sie unter einer **Erbkrankheit** oder einer **chronischen Erkrankung?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

19. **Rauchen Sie?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

20. Trinken Sie **Alkohol?**

ja Falls ja, bitte nähere Angaben:

nein

21. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? ja nein**22. Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(z. B. individuelle Risiken und damit verbundene, mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen)

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____