

ERSTANAMNESE

zur Vorlage im Institut für Kosmetik

NAME UND VORNAME _____

GEBURTSDATUM **TAG** _____ **MONAT** _____ **JAHR** _____

Ausgeübter Beruf _____

Überstandene Krankheiten _____

Chronischen Krankheiten:

- Schilddrüsenerkrankung
- Zuckerkrankheit
- Blutdruck
- Asthma
- Tuberkulose
- Übererregbarkeit, Stress-Überempfindlichkeit
- Kreislaufinsuffizienz
- Neigung zur Blutung
- Klaustrophobie
- Venenentzündung
- Krampfadern
- schwache Blutgerinnung
- Sklerose
- Nierenentzündung
- Schuppenflechte
- Epilepsie
- Heuschnupfen
- Atmungsbeschwerden
- Herzrhythmusstörungen
- Knötchen (ungeklärter Herkunft)
- Fieberbläschen = Herpes labialis
- andere.....

Familienkrankheiten _____

Gutartige/bösartige Tumore _____

Verstopfung _____ benutzte Gegenmittel _____

Allergien (Unverträglichkeiten) gegen (bitte Allergiepass vorlegen) _____

Letzte Periode _____

Schwangerschaft (Monat) _____

Operationen _____

Metall Implantate (z.B. in den Zähnen, Spirale, Knochen, Gelenken) _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? _____

Medikamente oral genommene:

- regelmäßig _____
- In den letzten zwei Monaten (seit - bis) _____

Auf die Haut angewandte Creme oder Salben (andere Mittel) in den letzten zwei Monaten

(seit - bis) _____

benutzte Hauthygieneartikel _____

Ernährungsgewohnlichkeiten (regelmäßiges hausgemachtes Essen, Fast-Food, alternative Ernährungsweise wie z.B. vegane, vegetarische, makrobiotische Kost)

Haben Sie Schlafstörungen _____

Permanenter Stress (wodurch?) _____

Abhängigkeiten :

- Rauchen
- Alkohol
- Drogen
- andere _____

Cortisonhaltige Zubereitungen für Haut vom Dermatologen (seit – bis) _____

Treiben Sie regelmäßig Sport oder Bewegen Sie sich an der frischen Luft? _____

Besuchen Sie Solarium (wie oft in Monat)? _____

Besuchen Sie eine finnische Sauna (wie oft)? _____

Datum

Unterschrift
