

	Anamnesebogen & Einwilligungserklärung Laser Tattooentfernung	Version: 01 Stand: 23.04.25 Seite: 1 von: 2
---	--	--

Erstellt/Geändert:
Enoch, Julita

Datum:
23.04.25

Geprüft:
Liman, Gülsen

Datum:
23.04.25

Freigegeben:
Dr. Szabo

Datum:
23.04.25

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Sicherheit und einer erfolgreichen Durchführung der Laser-Tattooentfernung bei Health & More.

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tattoo-Informationen

Standort des Tattoos: _____

Größe (ca. in cm): _____

Farben des Tattoos: _____

Alter des Tattoos (Jahre): _____

Wurde das Tattoo bereits behandelt? ☐ Ja ☐ Nein

Art der Tätowierung: ☐ professionell ☐ selbst gestochen ☐ Permanent Make-up

Gesundheitliche Angaben

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Antibiotika, Blutverdünner)? ☐ Ja ☐ Nein
- Besteht eine Allergie gegen Farben, Metalle, Medikamente oder Pflaster? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie unter einer Hauterkrankung (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Akne)? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie eine Neigung zu Keloiden (Narbenwucherungen)? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde der Bereich in den letzten 4 Wochen der Sonne oder dem Solarium ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein
- Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder Stillzeit? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie eine Immunschwäche oder chronische Erkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
- Gab es in der Vergangenheit Probleme mit Wundheilung oder Infektionen? ☐ Ja ☐ Nein

	Anamnesebogen & Einwilligungserklärung Laser Tattooentfernung	Version: 01 Stand: 23.04.25 Seite: 2 von: 2
---	--	--

Erstellt/Geändert:
Enoch, Julita

Datum:
23.04.25

Geprüft:
Liman, Gülsen

Datum:
23.04.25

Freigegeben:
Dr. Szabo

Datum:
23.04.25

Ziel & Erwartungen

Was ist Ihr Ziel der Behandlung? (z. B. vollständige Entfernung, Aufhellung zur Überarbeitung):

Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich die Angaben in diesem Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich wurde über die Funktionsweise der Laser-Tattooentfernung sowie mögliche Risiken wie Rötungen, Schwellungen, Narbenbildung, Hyper-/Hypopigmentierung, allergische Reaktionen oder unvollständige Entfernung informiert. Mir ist bewusst, dass mehrere Sitzungen notwendig sein können und der Erfolg von vielen Faktoren (z. B. Farbtiefe, Alter des Tattoos, Hauttyp) abhängt. Ich stimme der Durchführung der Behandlung unter Berücksichtigung meiner Angaben zu und erkläre mich mit der Erhebung und Nutzung meiner Daten gemäß DSGVO einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient:in: _____