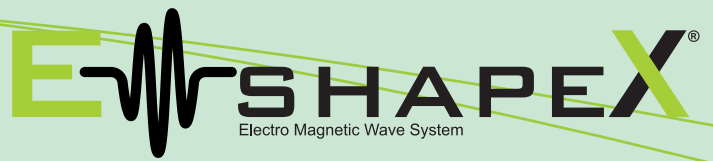


KUNDENKARTEIKARTE



Herr Frau

Titel / Vor- / Nachname

E-Mail

Strasse

Telefonnummer

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Bestandskunde Neukunde

Empfehlung durch: Freunde/Bekannte

.....

Internet TV Zeitschrift / Flyer

Hinweise:

- Empfohlen werden 4 bis 6 Behandlungen je Region in kurzen Abständen aber mindestens 48 Stunden zwischen den einzelnen Behandlungen. Kein Sport während 48 Stunden (Muskelregeneration) und kein Alkohol während 48 Stunden (Alkohol behindert den Muskelaufbau)
- Anschliessend genügt 1 Behandlungssitzung alle 6 Monate, um das Resultat zu erhalten.
- Um die Fettreduktion zu verstärken, kann zusätzlich eine Kryolipolyse-Behandlungen durchgeführt werden.

ANAMNESE Fragen zur EMShapeX® - Behandlung

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie gerade schwanger oder stillen Sie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tragen Sie Metall- oder elektronische Implantate? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tragen Sie einen Herzschrittmacher? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Lungeninsuffizienz? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Epilepsie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Herzerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehen bösartige Tumore im Behandlungsbereich? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden bei Ihnen kürzlich chirurgische Eingriffe in Behandlungsbereich vorgenommen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Empfindungsstörungen der Haut? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antikoagulationstherapie (Einnahme von Blutverdünnern) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie gerade Grippe oder Fieber? |

Bemerkungen:

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die Durchführung des Anamnesegesprächs, in dem ich über die Dauer, Wirkung und Vorsichtsmassnahmen von EMShapeX® aufgeklärt worden bin. Mir sind mögliche Nebenwirkungen (Muskelkater, Muskelaufbau) bekannt. Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Behandlung stark von Hautbeschaffenheit, Lymphsystem und des Ansprechens der Behandlung abhängt. Bei Änderung des Gesundheitszustandes informiere ich den Behandler.

Ort/Datum: _____

Unterschrift Kunde/in: _____

