

KUNDENKARTEIKARTE



Herr Frau

Titel/Vor-/Nachname

Strasse

E-Mail

PLZ/Ort

Telefonnummer

Größe (cm)

Geburtsdatum

Bestandskunde Neukunde

Empfehlung durch: Freunde/Bekannte

Internet TV Werbung

Hinweise:

1. Maximal 3 Behandlungen pro Jahr an einer Körperzone.
2. Mindestens 2 Behandlungen pro Körperzone sind empfohlen, um ein positives Ergebnis zu erzielen.
3. Für ein optimales Ergebnis sollten auch nach der Kryolipolyseanwendung behandlungsunterstützende Maßnahmen angewandt werden, wie Lymphdrainage, ausreichend Bewegung sowie eine ausgewogene, gesunde Ernährung (siehe Kundeninformation).

ANAMNESE Fragen zur Kryolipolyse-Behandlung

Gesundheitszustand

Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankungen/-entzündungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedriger/hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bindegewebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber/-Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphdrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen/Lichtsensibilität/ brüchige Haut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kälte-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narbengewebe / Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormontherapie/-Präparate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OP in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pille o.ä. hormonelle Präparate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kryotherapie im letzten Monat (oder Fettabsaugung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien auf Inhaltsstoffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kosm. Produkte /Allergie Pass

Anmerkungen:

.....

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die Durchführung des Anamnesegesprächs, in dem ich über die Dauer, Wirkung und Vorsichtsmassnahmen der Kryolipolyse aufgeklärt worden bin. Mir sind mögliche Nebenwirkungen (Rötung, Schwellung) bekannt. Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Behandlung stark von Hautbeschaffenheit, Lymphsystem und des Ansprechens der Behandlung abhängt. In sehr seltenen Fällen (z.B. Überempfindlichkeit kann es zu Kältebrand auf der Haut ommen, wenn Sie dies ablehnen, akzeptieren Sue diese Therapie nicht! Bei Änderung des Gesundheitszustandes informiere ich den Behandler.

Ort/Datum _____ Unterschrift Kunde/in _____



Bitte ankreuzen:

- Behandlung
- Messung

Datum

gemessene Werte

Gewicht

BMI

Körperfett

Muskelmasse

Viszeralfett

Behandlungsbereich

Messposition

Umfang

Fettdicke

Appl.

Verrechnet

Bitte ankreuzen:

- Behandlung
- Messung

Datum

gemessene Werte

Gewicht

BMI

Körperfett

Muskelmasse

Viszeralfett

Umfang

Fettdicke

Appl.

Bitte ankreuzen:

- Behandlung
- Messung

Datum

gemessene Werte

Gewicht

BMI

Körperfett

Muskelmasse

Viszeralfett

Behandlungsbereich

Messposition

Umfang

Fettdicke

Appl.

Verrechnet

Bitte ankreuzen:

- Behandlung
- Messung

Datum

gemessene Werte

Gewicht

BMI

Körperfett

Muskelmasse

Viszeralfett

Umfang

Fettdicke

Appl.

