



Persönliche Informationen

Vorname Name: _____
Geburtsdatum: _____
Alter: _____
Telefon: _____

E mail: _____
Familienstand: _____
Beruf: _____



Medizinische Informationen / Fragen

- Gibt es Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel, die Sie regelmäßig einnehmen? Falls ja, bitte spezifizieren.

Medikamentenname: _____ Dosis - zu welchem Zweck: _____

- Haben Sie Allergien? Bitte angeben _____

- Haben Sie eine Schwangerschaft? Ja Nein

- Hatten Sie schon einmal eine Schwangerschaft oder eine Fehlgeburt? _____

- Geben Sie Ihren Alkoholkonsum an Noch nie Gelegentlich Häufig

- Geben Sie Ihren Zigarettenkonsum an Noch nie Gelegentlich Häufig

Zeit wann : _____ Wie oft am Tag: _____

- Haben Sie sich schon einmal einer Operation unterzogen? (Lokalanästhesie oder Vollnarkose)

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Grund, die Zeit und den Grund für die Operation an.

- Gibt es eine chronische Krankheit in Ihrer Familie?

Hypertonie

Diabetes

Bitte geben Sie andere an...: _____

Krebs

Herzkrankheit

Anämie

Schlaganfall (Hirnblutung)

- Ihre persönliche Krankheitsgeschichte.... Bitte kreuzen Sie die an

Asthma Ja Nein

Herzkrankheit Ja Nein

Blutungsstörungen Ja Nein

Krebs Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Brustschmerzen Ja Nein

HIV Ja Nein

Psychische Störungen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenprobleme Ja Nein

Gilt Rahatszyklarn Ja Nein

Wenn es andere gibt, geben Sie dies bitte an _____



- Instagram Twitter Google Ich war vorher Ihr Patient
 Facebook Empfehlung eines Freundes Zeitung Nachrichten Andere

Ich habe das Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten gelesen.

Unterschrift des Patienten
- Vor- und Nachname Datum

Informationen zur plastischen Chirurgie

- Wo beschweren Sie sich über Ihren Körper?

- Körper- und Gesichtsbild (separat groß)

- Haben Sie sich schon einmal einer plastischen oder chirurgischen Operation unterzogen?

- Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche?

- Wurden Sie mit anderen Ärzten untersucht?

Persönliche Notizen des Arztes

Symmetrie-Asymmetrie-Bewusstsein

Erholungsphase

Schmerzempfindlichkeit

Beispielbild

Narbeninformation - Hautqualität

Risiko von Gewichtszunahme und Gewichtsverlust

Persönliche Notizen

Geplante Operation:

Geschätzte Aufenthaltsdauer:

Informationen zum Heilungsprozess:

Gebühr:

Zahlungsplan:

