



Anamnesebogen - Ästhetische Behandlungen

Liebe Patientin, lieber Patient, für eine sichere und auf Sie abgestimmte Behandlung bitte ich Sie, diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt / behandelnde Praxis: _____

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Fühlen Sie sich heute gesund und wohl? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Blutgerinnungsstörung |
| ☐ Neigung zu Blutergüssen | ☐ Neigung zu Keloiden / überschießender Narbenbildung |
| ☐ Epilepsie | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Nierenerkrankung |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Hauterkrankung (z. B. Neurodermitis, Psoriasis) |
| ☐ Herpes-Neigung (Lippenherpes) | ☐ Chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV) |

Autoimmunerkrankungen

Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

- | | |
|---|--|
| ☐ Hashimoto-Thyreoiditis | ☐ Rheumatoide Arthritis |
| ☐ Lupus erythematodes | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Sjögren-Syndrom | ☐ Psoriasis / Schuppenflechte |
| ☐ Sonstige: | |

Autoimmunerkrankungen können die Wundheilung, das Infektionsrisiko und das Ansprechen auf Filler, Biostimulatoren und Skin Booster beeinflussen – bitte unbedingt vollständig angeben.



Anamnesebogen - Fortsetzung

MEDIKAMENTE & NAHRUNGSERGÄNZUNG

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche (inkl. Dosierung): _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix) ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Kortison oder Immunsuppressiva ein? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Isotretinoin (z. B. Roaccutan) eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein (z. B. hochdosiertes Vitamin E, Fischöl)? ☐ Ja ☐ Nein

ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Sind Ihnen Allergien bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, gegen welche Stoffe (Medikamente, Lokalanästhetika, Hyaluronsäure, Fisch, Pflaster, Latex, Kosmetika): _____

Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegen Lidocain / Lokalanästhetika bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

HAUT & BISHERIGE ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN

Hatten Sie bereits ästhetische Behandlungen (Filler, Botox/Botox-Alternativen, Fadenlifting, Laser o. Ä.)? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche, wann und mit welchem Ergebnis: _____

Kam es dabei jemals zu Komplikationen oder unerwünschten Reaktionen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Permanent-Make-up oder Tattoos im zu behandelnden Bereich? ☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie zu Ödemen / Wassereinlagerungen im Gesicht? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Ist eine intensive Sonnen- oder Solariumnutzung in den nächsten 2 Wochen geplant? ☐ Ja ☐ Nein

NUR FÜR FRAUEN

Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder ein Kinderwunsch in naher Zukunft? ☐ Ja ☐ Nein

Stillen Sie aktuell? ☐ Ja ☐ Nein

Ich bestätige, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben die Behandlungssicherheit gefährden können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patientin / Patient: _____

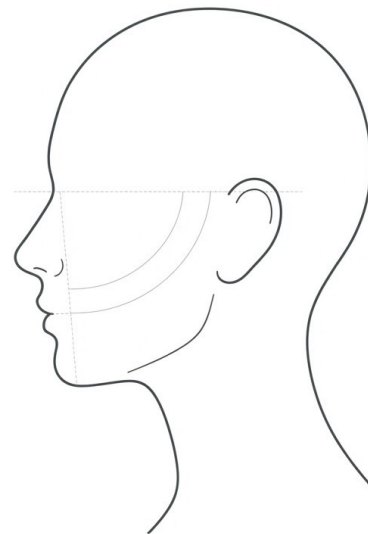
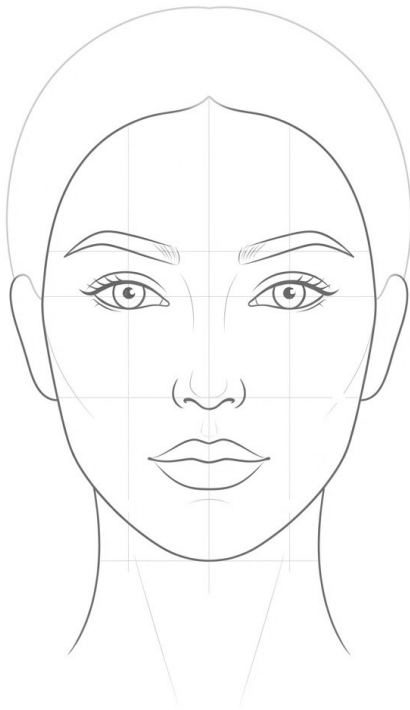


Behandlungsareale - Gesicht & Hals

Bitte tragen Sie gemeinsam mit Ihrer Behandlerin die gewünschten bzw. besprochenen Behandlungsareale in die Zeichnung ein. Nutzen Sie dazu die Symbole der Legende.

Frontalansicht

Seitenansicht



LEGENDE

X	Hyaluronfiller	O	Biostimulatoren (Radiesse, Sculptra, Gouri)
•	Skin Booster	//	Fadenlifting (Verlauf einzeichnen)
Δ	Injektionslipolyse	◇	Exosome / Polynukleotide
→	Botox-Alternative (Areal markieren)	#	Microneedling / Peeling

Notizen zur Behandlungsplanung



Aufklärungs- und Einwilligungsbogen

Diese Aufklärung informiert Sie über Ablauf, Wirkweise und Risiken der bei mir angebotenen ästhetischen Behandlungen. Bitte lesen Sie den Bogen aufmerksam, stellen Sie gerne alle offenen Fragen im persönlichen Gespräch und unterschreiben Sie erst, wenn alle Punkte für Sie geklärt sind.

BEHANDLUNGSSPEZIFISCHE RISIKEN

Hyaluronsäure-Filler

- Schwellung, Rötung, Druckempfindlichkeit, Hämatom an der Einstichstelle
- Asymmetrien oder Über-/Unterkorrektur, tastbare Knötchen
- Selten: allergische Reaktion, Infektion, Spätknoten
- Sehr selten: Gefäßverschluss mit Gewebeschädigung (bei sachgerechter Technik minimiert)

Biostimulatoren: Calcium-Hydroxylapatit (Radiesse), Poly-L-Milchsäure (Sculptra), PCL (Gouri)

- Schwellung, Rötung, Druckempfindlichkeit, Hämatome an den Einstichstellen
- Tastbare Knötchen oder Verhärtungen möglich, vor allem bei Poly-L-Milchsäure – auch Wochen bis Monate später; die empfohlene Massage beugt vor
- Das Ergebnis baut sich über Wochen auf, meist sind mehrere Sitzungen nötig; anders als Hyaluronsäure lassen sich diese Präparate nicht wieder auflösen
- Selten: Infektion, allergische Reaktion, Granulome – sehr selten: Gefäßverschluss mit Gewebeschädigung

Polynukleotide (PN / PDRN), Skin Booster, Exosome

- Schwellung, Rötung, kleine Quaddeln an den Einstichstellen für 1–3 Tage, kleine Hämatome
- Polynukleotide werden aus Fisch-DNA gewonnen – eine Fischallergie bitte unbedingt angeben
- Selten: Knötchenbildung, allergische Reaktion, lokale Entzündung

Fadenlifting

- Schwellung, Spannungsgefühl, Hämatome entlang des Fadenverlaufs
- Sichtbare oder tastbare Fadenenden, Grübchenbildung
- Selten: Asymmetrie, Infektion, Fadendurchwanderung, vorzeitiger Fadenverlust

Injektionslipolyse

- Schwellung, Rötung, Brennen, Druckschmerz und Hämatome im behandelten Areal über mehrere Tage
- Vorübergehende Verhärtungen oder Knötchen, Taubheitsgefühl
- Selten: Infektion, allergische Reaktion, Unebenheiten oder Dellen, Pigmentveränderungen
- Sehr selten: Gewebeschädigung, Nervenreizung

Microneedling & TCA-Peeling

- Rötung, Schwellung, Spannungsgefühl sowie Schuppung oder Schälung der Haut über mehrere Tage
- Erhöhte Lichtempfindlichkeit – konsequenter Sonnenschutz (LSF 50) für mindestens 4 Wochen erforderlich
- Selten: Infektion, Aufflammen von Lippenherpes, Pigmentverschiebungen (heller oder dunkler)
- Sehr selten: Narbenbildung

Infusionen & Blutentnahme für Laboranalysen

- Hämatom, Schmerz oder Venenreizung an der Einstichstelle
- Wärmegefühl, Schwindel, Kreislaufreaktion, Übelkeit
- Selten: Venenentzündung, Infektion, allergische Reaktion bis hin zum allergischen Schock

Botox-Alternativen (nicht-verschreibungspflichtig)

- Vorübergehende Rötung, Schwellung, Spannungsgefühl an der Auftragsstelle
- Individuell unterschiedliches, meist geringeres Wirkausmaß als bei verschreibungspflichtigen Präparaten

VERHALTENSHINWEISE NACH DER BEHANDLUNG

Für 24–48 Stunden: keine intensive Sonnen-/Solariumbestrahlung, Sauna oder starke Hitze; kein starker Sport; Behandlungsareal nicht stark reiben oder massieren; ggf. gekühlte Kompressen bei Schwellung; Rückmeldung bei ungewöhnlichen oder anhaltenden Beschwerden.



Patienteninformation zum Datenschutz

Information nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. WER IST VERANTWORTLICH?

Hanin Elias, Heilpraktikerin – Praxis für ganzheitliche ästhetische Medizin, Danckelmannstr. 45, 14059 Berlin. Telefon: 0174 8006655, E-Mail: eliashanin@icloud.com

2. WELCHE DATEN VERARBEITE ICH – UND WOZU?

Ich verarbeite Ihre Stamm- und Kontaktdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail) sowie Gesundheitsdaten: Ihre Angaben im Anamnesebogen, Befunde, Behandlungsverlauf und verwendete Produkte, Fotos zur Dokumentation, gegebenenfalls Laborwerte sowie Rechnungsdaten. Zweck ist die Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation Ihrer Behandlung, die Terminabsprache und die Abrechnung.

3. AUF WELCHER RECHTSGRUNDLAGE?

Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, § 630a BGB); Verarbeitung von Gesundheitsdaten zur Behandlung (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG) sowie Ihre ausdrückliche Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO); gesetzliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, § 630f BGB, Steuerrecht). Fotos für Öffentlichkeitsarbeit und bestimmte Kontaktwege nutze ich nur mit Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

4. WER ERHÄLT IHRE DATEN?

Ihre Angaben behandle ich vertraulich. Die Patientenakte wird in Papierform geführt und verschlossen aufbewahrt; andere Personen in den Praxisräumen haben keinen Zugriff darauf.

Daten gebe ich nur weiter, soweit es nötig ist: an ein medizinisches Labor, wenn Sie eine Laboranalyse beauftragen; an Steuerberatung und Finanzbehörden im Rahmen der Buchführung (nur Rechnungsdaten); an den Zahlungsdienstleister bei Kartenzahlung (nur Zahlungsdaten). Wenn Sie mit mir per E-Mail oder Messenger kommunizieren, können Daten bei den jeweiligen Anbietern auch außerhalb der EU verarbeitet werden.

5. WIE LANGE WERDEN DIE DATEN AUFBEWAHRT?

Die Behandlungsdokumentation bewahre ich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf (§ 630f Abs. 3 BGB), Rechnungsunterlagen nach den steuerrechtlichen Fristen. Danach werden die Unterlagen datenschutzgerecht vernichtet.

6. WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch (Art. 15–21 DSGVO). Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – eine formlose Nachricht an mich genügt.

Beschwerden können Sie an die Aufsichtsbehörde richten: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Alt-Moabit 59–61, 10555 Berlin, mailbox@datenschutz-berlin.de.

7. MÜSSEN SIE IHRE DATEN ANGEBEN?

Die Angaben im Anamnesebogen sind für eine sorgfältige und sichere Behandlung erforderlich. Ohne sie kann ich die Behandlung nicht durchführen. Eine automatisierte Entscheidungsfindung oder ein Profiling findet nicht statt.



Einwilligungserklärung

Ich wurde von Hanin Elias über Ablauf, Wirkweise, Alternativen sowie die möglichen Risiken und Nebenwirkungen der geplanten Behandlung(en) mündlich und anhand dieses Bogens aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mir ist bekannt, dass es sich um eine freiwillige, kosmetisch-ästhetische Selbstzahlerleistung durch eine Heilpraktikerin handelt und dass trotz sorgfältiger Durchführung ein bestimmtes Behandlungsergebnis nicht garantiert werden kann.

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und willige nach reiflicher Überlegung freiwillig in die besprochene(n) Behandlung(en) ein.

Geplante Behandlung(en): _____

MEINE DATEN

Die folgenden Einwilligungen sind freiwillig und können einzeln jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zur Durchführung und Dokumentation meiner Behandlung verarbeitet werden. (Voraussetzung für die Behandlung) ☐ Ja ☐ Nein

Ich willige in die Anfertigung von Vorher-/Nachher-Fotos zu Dokumentationszwecken ein. Die Fotos bleiben in meiner Patientenakte. ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin einverstanden, dass bei einer von mir beauftragten Laboranalyse die dafür nötigen Daten und Proben an das Labor übermittelt werden. ☐ Ja ☐ Nein

KONTAKT

Die Praxis darf mich zu Terminen und zu meiner Behandlung per E-Mail kontaktieren. (unverschlüsselt) ☐ Ja ☐ Nein

Die Praxis darf mich zu Terminen und zu meiner Behandlung per WhatsApp / SMS kontaktieren. (WhatsApp: Datenverarbeitung durch Meta, auch in den USA) ☐ Ja ☐ Nein

Die Praxis darf mir gelegentlich Informationen zu Angeboten und Neuigkeiten senden. ☐ Ja ☐ Nein

FOTOS FÜR INSTAGRAM & WEBSEITE

Ich bin einverstanden, dass Fotos von mir, auf denen ich nicht erkennbar bin, auf dem Instagram-Kanal und der Webseite der Praxis gezeigt werden. (keine Vorher-Nachher-Vergleiche) ☐ Ja ☐ Nein

Im Internet veröffentlichte Bilder können von Dritten gespeichert und weiterverbreitet werden. Nach einem Widerruf entferne ich die Bilder aus meinen eigenen Kanälen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (Seite 5) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient

Unterschrift Hanin Elias