

Fragebogen vor Botox-Behandlung

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin aus (am Bildschirm oder handschriftlich nach dem Ausdrucken).
Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Nicht Zutreffendes lassen Sie bitte frei.

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Telefon	E-Mail	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	

2. Bisherige Behandlungen

Wurden Sie bereits mit Botulinumtoxin (z. B. Botox, Azzalure, Bocouture) behandelt? ☐ Ja ☐ Nein

Wann zuletzt?	Präparat / Praxis	Zufrieden? Nebenwirkungen?
---------------	-------------------	----------------------------

Weitere Behandlungen im Gesicht (bitte auch Behandlungen der letzten 4 Wochen beachten):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Hyaluron-Filler | ☐ Laser / IPL | ☐ Gesichts-OP / Lid-OP |
| ☐ Fadenlifting | ☐ Peeling / Microneedling | ☐ Permanent-Filler / Implantate |

3. Gesundheitsfragen (wichtig für Ihre Sicherheit)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie schwanger, planen eine Schwangerschaft oder stillen Sie? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leiden Sie an einer Muskel- oder Nervenerkrankung (z. B. Myasthenie, ALS, Lambert-Eaton)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie Schluck-, Sprech- oder Atembeschwerden? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sind Sie allergisch gegen Botulinumtoxin, Eiweiß (Albumin) oder Lidocain? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie eine Entzündung, Infektion oder Hauterkrankung im Behandlungsgebiet? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Besteht aktuell ein Infekt, Fieber oder Herpes (Lippen / Gesicht)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder neigen zu blauen Flecken? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie eine Autoimmunerkrankung (z. B. Lupus, Rheuma, Multiple Sklerose)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie hängende Oberlider oder eine Augenerkrankung (z. B. Glaukom)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Neigen Sie zu Wundheilungsstörungen oder Narbenwucherungen (Keloide)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen bzw. Diabetes? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Bei „Ja“ bitte nähere Angaben / sonstige Erkrankungen, die wir kennen sollten:

4. Medikamente und Allergien

Aktuelle Medikamente (auch rezeptfreie, Nahrungsergänzung):

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell:

- | | |
|---|---|
| ☐ Blutverdünner (Marcumar, Eliquis, ASS ...) | ☐ Schmerzmittel (Ibuprofen, Aspirin) |
| ☐ Antibiotika (z. B. Gentamicin) | ☐ Isotretinoin (Roaccutan) |
| ☐ Muskelrelaxanzien | ☐ Keine |

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten:

5. Bestätigung und Unterschrift

Meine Angaben sind nach bestem Wissen vollständig und richtig; Änderungen meines Gesundheitszustands teile ich der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt mit.

Ich willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum Zweck der Behandlung ein. Die Datenschutzhinweise habe ich erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in
------------	-------------------------