

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden Sie aktuell oder in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zu Nasenbluten oder Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medikamente

Nehmen Sie derzeit **regelmässig Medikamente** ein?

Ja  Nein

Falls ja, bitte auflisten (Name, Dosierung):

.....

### Lebensstil & Allergien

**Rauchen Sie?**

Ja  Nein

**Bestehen bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

.....

### Haut- & Gefässbezogene Besonderheiten

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Frage	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu vermehrter Hautpigmentierung oder Verfärbungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits eine Thrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Angaben für Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja  Nein

### Einverständniserklärung

Ich wurde umfassend über die geplante **Mikrosklerotherapie**, den Behandlungsablauf sowie mögliche Risiken und Nebenwirkungen informiert. Alle meine Fragen wurden verständlich beantwortet.

Ich erkläre mich mit der Durchführung der Behandlung gemäss der mir ausgehändigten Patienteninformation einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei einer rein **ästhetisch indizierten Behandlung** um **keine kassenpflichtige Leistung** handelt und ich die entstehenden Kosten selbst trage.

### Terminregelung

Ich nehme zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine im Verhinderungsfall **spätestens 24 Stunden im Voraus** abgesagt werden müssen. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage wird eine **Umtriebsentschädigung von CHF 100.-** in Rechnung gestellt.

---

**Behandlungsplanung (durch Praxis auszufüllen)**

Voraussichtliche Anzahl Sitzungen: .....

Geschätzte Gesamtkosten (ca.): CHF .....

Ort / Datum: .....

**Unterschrift Patientin / Patient:**

.....

**Unterschrift Arzt / Ärztin:**

.....

St. Gallen, den

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.