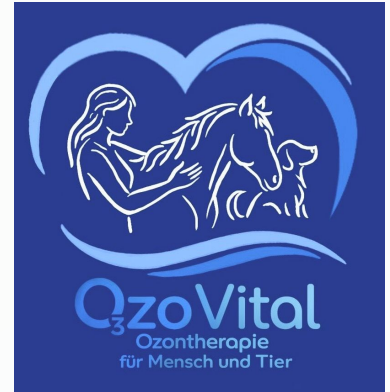


ANAMNESEBOGEN

Vorname	Familienname
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefon	Geburtsdatum

Dragomed Partner



Keine Durchführung bei nachfolgenden Kontraindikationen, es sei denn es liegt die Freigabe eines Arztes, oder einer Ärztin vor.

	BITTE ANKREUZEN	JA	NEIN
Schwangerschaft und Stillzeit		☐	☐
Knorpelwachstum (Bei Kindern und Jugendlichen)		☐	☐
Leberfunktionsstörungen (Hepatitis, Zirrhose usw.)		☐	☐
Stoffwechselstörungen (Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie, oder Diabetes)		☐	☐
Nierenfunktionsstörungen oder Nierenversagen (Nephritis, Nierenerkrankung)		☐	☐
Krankheitsbilder der Schilddrüse oder der endokrinen Drüsen		☐	☐
Lokale oder diffuse Sensibilitätslähmung		☐	☐
Schwere Herzerkrankungen oder Herzschrittmacher		☐	☐
Durchblutungsstörungen oder Bluthochdruck		☐	☐
Entwicklungsstörungen oder Neoplasien (insbesondere bei Metastasierung)		☐	☐

Ich habe folgende Krankheiten die hier nicht aufgeführt sind:

DATENSCHUTZ:

Wir speichern Ihre Angaben insbesondere auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b) zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Vertrages mit Ihnen bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen. Näheres entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.

HAFTUNGSFREISTELLUNG:

☐ Ich bestätige, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, ich obige Informationen gelesen und verstanden habe und für alle nachfolgenden Behandlungen anerkenne. Meine Angaben gelten für diese und alle zukünftigen Behandlungen. Sollten sich vor zukünftigen Behandlungen andere Angaben ergeben, unterrichte ich die Anwender, sowie die Mitarbeiter bzw. den Gerätebetreiber unverzüglich darüber. Die hier aufgeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Hiermit stelle ich Gerätebetreiber, Anwender und Mitarbeiter des Instituts von jedweder Haftung frei. Dies gilt nicht für fahrlässige oder vorsätzlichen Pflichtverletzung des Verwenders, eines gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen von diesem.

Ort, Datum

Unterschrift