



Name		Vorname	
Straße		PLZ, Ort	
Beruf		Geburtstag	
Telefon		E-Mail	

## ANAMNESE

Bisherige Hautkrankheiten:     Allergie     Herpes     Neurodermitis     Psoriasis     Akne

Einnahme von Medikamenten:  Hormone     Kortison     Antibiotika     Blutverdünner

Schwanger:     Bekannte Krankheiten: \_\_\_\_\_

Ich genehmige die Verwendung von Lotionen, Ölen und Salben für meinen Körper