

<input type="checkbox"/> Kunde Datum: _____ Zeit: _____ Name (Initialen): _____ Adresse: _____ PLZ / Stadt: _____ Tel Nr: _____ Kunden Nr.: _____ behandelt von: _____	<input type="checkbox"/> Arzt oder Spezialist Datum: _____ Zeit: _____ Name: _____ Adresse: _____ PLZ / Stadt: _____ Tel Nr: _____ Notiz: _____ behandelt von: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Behandlung	Skinial-Ex	LOT Nr.:
<input type="checkbox"/> Patch Test vorgenommen/verweigert <input type="checkbox"/> Einverständnisbogen unterschrieben <input type="checkbox"/> Anamnesebogen gespeichert	<input type="checkbox"/> Nachsorge Empfehlung übergeben <input type="checkbox"/> Nachsorge Effekte waren sichtbar? <input type="checkbox"/> Behandlungsfotos vorhanden?	

Unverträglichkeits Reaktionen		
Welche Symptome zeigen sich vorrangig	<input type="checkbox"/> Jucken	<input type="checkbox"/> Entzündung, Rötungen
<input type="checkbox"/> sonstiges :	<input type="checkbox"/> brennen	<input type="checkbox"/> Narben

Art der Anwendung			
Ort der Behandlung auf der Haut?			
Beobachtung während der Behandlung?			
Wann fand die Behandlung statt?			
Welche Behandlung?	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte oder mehr
Mitteilung des Vorfalls binnen	<input type="checkbox"/> 24 Stunden	<input type="checkbox"/> bis zu einer Woche	<input type="checkbox"/> mehr als ein Monat
Folgende kosmetische Produkte wurden verwendet:			
Folgende medizinische Produkte wurden angewandt :			
Andere medizinische Produkte :			
Haben sie bereits einen Spezialit besucht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - bitte oben Adresse angeben	
Werden Sie einen Arzt aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – bitte oben angeben	

Questions for the specialist please see back!

Fragen an den Spezialisten:

Besteht ihrer Meinung ein Zusammenhang mit den kosmetischen Produkten Ja
 Nein

Und den dermatologischen Symptomen?

Welche Symptome sind im Vordergrund? Jucken Entzündung, Rötung
 brennen Narbe/n
 andere :

Glauben Sie dass es eine allergische Reaktion ist? Ja
 Nein

Besteht nach Ihrer Ansicht ein Zusammenhang zwischen Behandlung und dem Auftreten der Symptome? Ja
 Nein
 weiß ich nicht

Können äußerliche Einflüsse (Schmutz, Bakterien) ausgeschlossen werden? Ja
 Nein

Was ist Ihre weitere Empfehlung für die Behandlung dieser unerwünschten Nebenwirkung?

Feedback des Fachmanns:

Kurze Erläuterung des Vorfalles:

Bestätigung des Erhalts der Meldung in der Skinial Zentrale :

Datum : _____

Unterschrift : _____