



## Datensammlung Laseranwendungen und Gesundheitsrisiken (Nebenrisiken und Gefährlichkeit von Laser)

Datenerhebung zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Rahmen der neuen gesetzlichen Grundlage im Bereich nichtionisierender Strahlung

Retournieren an:

Nora Lipp

Schweizerische Gesellschaft für medizinische Laseranwendungen (SGML)

Grütstrasse 55

8802 Kilchberg

info@sgml.ch

Fax: 043 343 93 02

### Daten Patient

Kürzel Patient	
Datum des Arzttermins	

### Grund der ärztlichen Behandlung

Bitte kreuzen Sie an.

<input type="checkbox"/>	Nebenwirkungen Laseranwendung durch Kosmetiker/in
<input type="checkbox"/>	Nebenwirkungen Laseranwendungen durch Tattoo Studio
<input type="checkbox"/>	Nebenwirkungen Laseranwendungen durch sonstige Nichtärzte
<input type="checkbox"/>	Nebenwirkungen Laseranwendungen durch Ärzte
<input type="checkbox"/>	Patient verlangt eine Bestätigung, dass die betreffende Stelle durch Kosmetiker/in gelasert werden darf
<input type="checkbox"/>	Patient verlangt eine Bestätigung, dass die betreffende Stelle durch Tattoo Studio gelasert werden darf
<input type="checkbox"/>	Patient verlangt eine Bestätigung, dass Hautstelle durch weiteren Nichtarzt gelasert werden darf
<input type="checkbox"/>	Weiteres:

### Nebenwirkungen: Art

Bitte kreuzen Sie an.

<input type="checkbox"/>	Verbrennung
<input type="checkbox"/>	Narbe
<input type="checkbox"/>	Infektion
<input type="checkbox"/>	Weiteres:

### Nebenwirkungen: Schwierigkeitsgrad

Bitte kreuzen Sie an.

1 (sehr gering)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (sehr stark)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kommentar

Deklaration Arzt

Ich garantiere für die Richtigkeit der oben ausgeführten Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift, Arztstempel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_