

Einverständniserklärung und Orientierung für Neukunden



Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobile:
Email:	Beruf:
Geburtsdatum:	Gewicht:
Empfohlen durch:	Bemerkung:

Dieses Merkblatt ist die Grundlage für die Erstberatung/Aufklärungsgespräch vor der kosmetischen Behandlung. Der/Die Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift, dieses genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an Behandlung teilzunehmen. Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten habe, die mich vor solch einer Behandlung hindern könnte.

Medikamente oder Betäubungsmittel, die ebenfalls eine Einschränkung bewirken können, nehme ich derzeit nicht ein. Sollte sich während der Behandlung eine Eintrübung meines Gesundheitszustandes ergeben, werde ich den Therapeuten sofort in Kenntnis setzen und die Behandlung abbrechen lassen.

Kosmetische Behandlungen sind in der Regel nahezu schmerzfrei. Als Nebenwirkungen können auftreten: Rötungen und Schwellungen der behandelten Hautstelle, Blutergüsse, Pigmentverschiebungen, Narbenbildung, lokale Taubheitsgefühle, Verspannungen, Druckempfindlichkeiten oder Verbrennungen auftreten.

Die fachärztliche Vorabklärung und Freigabe der Hautstelle durch einen Dermatologen (Hautarzt) ist empfehlenswert. Den Anweisungen des Therapeuten insbesondere der Nachsorge muss unbedingt Folge geleistet werden. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben. Ich bin mir darüber bewusst, dass der Therapeut die Behandlung generell ablehnen kann, falls die Risiken den zu erwartenden Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder den Therapeuten oder die Gesellschafter, Eigentümer, Gerätehersteller, Betreiber, Personal oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. Die Teilnahme an der kosmetischen Behandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt. Mir ist bekannt, dass ich nach der Erstbehandlung keine Folgebehandlungen kaufen muss.

Ich willige in die Behandlung ein und erlaube den Therapeuten, mich jeweils vor der Behandlung zu fotografieren. Diese Fotos werden zu diagnostischen Zwecken sowie zur Dokumentation meines Ansprechens auf die Behandlung verwendet.

Ich weiss, dass die Kosten für die kosmetische Behandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden und selbst bezahlen muss. Die Bezahlung erfolgt im Regelfall unmittelbar nach jeder Behandlung. Das Risiko von Behandlungen wird durch die körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Leiden Sie oder haben Sie an Hautkrebs gelitten?

Ja	
nein	

2. Haben Sie eine entzündliche Akne?

Ja	
nein	

3. Haben Sie Herpes, das gelegentlich ausbrechen kann?

Ja	
nein	

4. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetis) oder wichtiger Organe bekannt?
(z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem)

Ja	
nein	

5. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

Ja	
nein	

6. Leiden Sie unter verzögerter Wundheilung, Abszessen, Ekzemen, Schuppenflechten, Fisteln oder einer ungewöhnlich starken Narbenbildung?

Ja	
nein	

7. Leiden Sie unter Hypo/Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?

Ja	
nein	

8. Nehmen Sie Medikamente ein? (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel wie Aspirin, Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Medikamente die gegen Licht sensibilisieren wie Tetracycline oder Roaccutan, Hormone, Vitamine A und E)

Ja	
nein	

9. Sind Sie aktuell in der Strahlen- oder Chemotherapie?

Ja	
nein	

10. Kam es schon mal zu Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln? (Thrombose, Embolie)

Ja	
nein	

11. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? (z.B bei kleinen Verletzungen, Nasenbluten oder Zahnbehandlungen oder entstehen leicht blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass)

Ja	
nein	

12. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt? (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma)

Ja	
nein	

13. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma), Unverträglichkeiten oder Überempfindlichkeiten (z.B. Von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Lichtempfindlichkeit) bekannt?

Ja	
nein	

14. Leiden Sie unter anderen Hautauffälligkeiten (Muttermalen, Warzen, Haarausfall, etc.)?

Ja

nein

15. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?

Ja

nein

16. Sind Sie schwanger?

Ja

nein

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen der kosmetischen Behandlungen (Rötung, Schwellung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut, Wundinfektion, Nachblutung mit Bildung von Blutergüssen, Heilungs- und Durchblutungsstörungen, vorübergehende und anhaltende Hypersensibilität der Haut und postoperativer Herpes simplex) bekannt. Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Behandlung stark von der Hautbeschaffenheit, Lymphsystem, Ernährungs- und Bewegungsverhalten und das Ansprechen auf die Behandlung abhängen können.

Anmerkungen zur Erstberatung (z.B. Individuelle Risiken und damit verbundene, mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen)

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass Sie ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, die Entscheidung zu überdenken und keine weiteren Fragen mehr vorhanden sind. Mit der Unterschrift bestätigt der Unterzeichnende sein explizites Einverständnis mit der Behandlung auf sein eigenes Risiko.

Ort und Datum: _____

Vorname und Name in Blockschrift: _____

Unterschrift Kunde: _____