

Sehr geehrter Kunde, bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus. Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen. Vor jeder weiteren Behandlung wird Ihnen diese Einverständniserklärung zur Kontrolle und Unterzeichnungen vorgelegt.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ Ort _____

Mobil _____ Tel _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Folgende Gesundheitsfragen sind maßgebend, bitte zutreffendes ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten _____	<input type="checkbox"/> HIV positiv _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitus _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis _____
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Mittel _____	<input type="checkbox"/> Allergiker (gegen was) _____
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex (Fieberblasen) _____	<input type="checkbox"/> Chronische Akute Erkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Laser/chemisches Peeling _____	<input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger, stillen Sie _____
<input type="checkbox"/> Geschlechtserkrankungen _____	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten _____
<input type="checkbox"/> Fieberhafte Infekte _____	<input type="checkbox"/> Immunschwäche/Autoimmunerkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen _____	<input type="checkbox"/> Botox, Hyaluroninjektion _____
<input type="checkbox"/> Epileptiker _____	<input type="checkbox"/> Chemotherapie / Strahlentherapie _____
<input type="checkbox"/> Kortisonbehandlung _____	<input type="checkbox"/> Hautirritationen _____

Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur Gefährdung des Kunden oder des Behandelnden führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Folgende Fragen sind maßgebend, bitte mit ja oder nein beantworten.

Der Kunde versichert, dass er

zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert hat	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
keine blutverdünnende Mittel (zB Aspirin) genommen hat	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
keine Hautanomalien hat	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
bei Verletzungen eine normale Wundheilung hat	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
zum Zeitpunkt der Behandlung keine Periode hat (ansonsten eventuell schmerzempfindlicher)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Kundeninformation

- Bei der Microneedling Behandlung handelt es sich um keine Wellnessbehandlung. Bei der Microneedling Behandlung werden aktive Substanzen mit einem speziellen Einweghygienemodul in die Haut eingeschleust.
- Der Erfolg der Behandlung ist abhängig von den gegebenen Einflüssen: Hautbeschaffenheit, richtige Nachbehandlungspflege des Kunden, sowie die Intensität der Behandlung.
- Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann nicht gegeben werden.
- Nach der Behandlung wird der behandelte Bereich gerötet sein.
- Die Hauterneuerung zeigt sich in einer Schuppung. Es kann zu folgenden weiteren Nebenwirkungen kommen:

Häufig:

- Lokale Blutungen
- Schmerzen und Berührungsempfindlichkeit am ersten Tag nach der Behandlung
- Kurzzeitige Rötungen und entzündliche Reaktionen (Rötungen und/oder Schwellungen) bis zu 6 Tage nach der Behandlung
- Hautirritationen (Erwärmung, Jucken), tritt normalerweise nur in den ersten 12 – 72 Std. nach der Behandlung auf
- Wundschorf (fällt normalerweise nach 5 Tagen ab)
- Kurzzeitig auftretende Schuppung der Haut bis zu 8 Tage nach der Behandlung

Microneedling Einverständniserklärung

Selten:

- Blasenbildung (Herpes, Blister)
- Bildung von kleinen Pusteln oder Grieskörnern (meist durch unsachgemäße Reinigung der Haut vor oder nach der Behandlung)
- Hyperpigmentierung (vor allem bei dunklen Hauttypen), verschwindet meist nach ein paar Wochen
- Entzündliche Reaktionen (Hämatome)

6. Das erste Ergebnis der Behandlung wird erst nach der vollständigen Abheilung sichtbar, dies dauert ca. 7 – 10 Tage.
7. Verwenden Sie während der Behandlung für einen optimalen Erfolg die von uns empfohlenen Produkte.
8. Die behandelten Stellen müssen unbedingt vor UV-Strahlung (Sonne, Solarium) geschützt werden. Verwenden Sie während der gesamten Behandlungsdauer einen hohen Lichtschutzfaktor mindestens SPF50.
9. Verwenden Sie bitte nach der Behandlung für 2 Tage kein Make-up.

Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe, sowie über die Nachpflege informiert wurde und die Anweisungen befolgen werde. Ich bin mit der Microneedling Behandlung einverstanden und wurde über Ablauf, etwaige Risiken vollständig aufgeklärt. Die Behandlung erfolgt auf mein eigenes Risiko. Gerichtsstand gilt in Schaffhausen als vereinbart.

Datum: _____

Kunde: _____

Datum: _____

Kunde: _____

Datum: _____

Kunde: _____

Datum: _____

Kunde: _____

Datum: _____

Kunde: _____

Datum: _____

Kunde: _____