

Chemisches Peeling/Mesoéclat

Einwilligungserklärung



Kunde / Patient

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

Wichtige Informationen

- Die Haut kann nach der Behandlung gereizt oder gerötet sein.
- In seltenen Fällen können sich Krusten bilden, welche nach 5-8 Tagen verschwinden.
- Verzichten Sie während der Kurbehandlung auf Solarium-, Sauna- & Dampfbadbesuche
- Tragen Sie jeden Tag einen Sonnenschutzfaktor 50+ auf.
- Die Kurbehandlung setzt sich aus 5-6 Behandlungen alle zwei Wochen zusammen.
- Die abgestimmte Pflege zu Hause ist essentiell, um langfristige Resultate zu erzielen.
- Wiederholen Sie die Behandlung für langfristige Ergebnisse.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an, falls Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder eines der folgenden Medikamente einnehmen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika (in den letzten 2 Wochen) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva / Johanniskraut |
| <input type="checkbox"/> Kortison (Salben, Tabletten, Spritzen) | <input type="checkbox"/> hormonhaltige Präparate (z.B. Pille, Wechseljahrhormone) |
| <input type="checkbox"/> Roaccutan oder Isotretinoin (letzte 6 Monate) | <input type="checkbox"/> Herpes simplex (Fieberbläschen) |
| <input type="checkbox"/> Vitamin A (hochdosiert) | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen (z.B: Multiple Sklerose, Rheuma, Lupus...) |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | <input type="checkbox"/> Schlafmittel oder Beruhigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs akut | <input type="checkbox"/> Keloid |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie / Bestrahlung (6 Mt.) | <input type="checkbox"/> plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Photodermatitis / Periorale Dermatitis | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Filler (in den letzten 4 Wochen) | |
| <input type="checkbox"/> Botox (in den letzten 2 Wochen) | |

Sind Sie Schwanger oder in der Stillzeit?

Führen Sie zurzeit andere Behandlungen (z.B. Radiofrequenz) durch?

ja nein

Ich bin einverstanden mit Vorher-/Nachher-Fotos.

ja nein

Die Vorher-/Nachher-Fotos dürfen für Werbezwecke verwendet werden.

ja nein

Ich wurde über die Behandlung ausführlich informiert.

ja nein

ja nein

Aufgrund meiner Erkrankung / Medikamenteneinnahme..... übernehme ich die volle Verantwortung für die chemische Peeling Behandlung. Ich wurde darüber informiert, dass der Behandlungsverlauf verlangsamt oder unvorhergesehene Nebenwirkungen auftreten können. In Kenntnis der oben aufgeführten Punkte, willigt der Kunde/die Kundin mit eigenhändiger Unterschrift dieses Vertrages zur Durchführung der chemischen Peeling Behandlung ein. Die Erstattung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist hierbei nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift
