

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

DAUERHAFTE HAARENTFERNUNG MIT DIODENLASER

Anamnese:

Sind bei Ihnen Krankheiten/ Allergien bekannt? Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Bitte beachten Sie, dass nur Ihr Arzt oder Apotheker eine verbindliche Aussage treffen darf, ob die Medikamente, die Sie nehmen, eine Lichtempfindlichkeit hervorrufen.

Ist- Zustand Haut: Rötung Entzündung eingewachsene Haare Lichtunverträglichkeit Narben

Besonderheiten an der zu behandelnden Stelle: Wenn ja, welche? Tattoos bzw Permanent Make Up

Unterspritzungen Sonstiges: _____

Welche Haarfarbe haben Sie: _____ Welche Hautfarbe haben Sie? _____

Mögliche Kontraindikationen:

- Hautflechten, Ekzeme, Herpes
- Stoffwechselerkrankungen, Epilepsie oder andere Krankheiten / Infektionen, die durch intensives Licht ausgelöst werden können
- Hautverletzungen und Entzündungen
- Auf Tätowierungen oder Permanent Make-Up
- Wunden, Hautentzündungen und dunkle Muttermale
- Neigung zu Pigmentverschiebungen (Hyperpigmentierung)
- Herzschrittmacher, Defibrillator oder andere elektromagnetische Implantate im Körper
- Thrombose
- Hautkrebs (Melanome)
- Einnahme lichtsensibilisierender Wirkstoffe (z.B. Antibiotika, Johanniskraut)
- Bei Schwangerschaften raten wir ebenfalls von Laser-Behandlungen ab. Zwar sind keine Nebenwirkungen oder Gefährdungen direkt bekannt, jedoch wurden unsere Geräte in klinischen Tests nicht an schwangeren Personen getestet.
- Manche Autoimmunerkrankungen (z.B. Diabetes)

Eine fachliche und verbindliche Auskunft kann Ihnen nur Ihr behandelnder Arzt oder Apotheker geben. Bitte informieren Sie uns vor jeder neuen Anwendung, ob sich zu den genannten Punkten etwas bei Ihnen geändert hat.

Nebenwirkungen

Häufig:

- Erytheme (Hautrötungen)
- Hautausschlag
- Reizungen

Selten:

- Hautirritationen
- Blasenbildung
- Brennen
- Narben
- Schmerzen
- Pigmentverschiebung (Hyperpigmentierung)
- Hypopigmentierung

Vor der Behandlung:

- Bitte rasieren Sie 2-3 Tage vor Ihrer Laser-Behandlung die Haare an der zu behandelnden Körperstelle. Damit erreichen Sie die beste Wirkung bei optimalem Anwendungskomfort.
- Bitte zupfen oder epilieren Sie die Haare dabei mind. 6 Wochen vor der ersten Behandlung und während der gesamten Behandlung NICHT. Ohne Haarwurzel ist die Anwendung umsonst.
- Haben Sie Enthaarungscreme verwendet, warten Sie bitte 1 Woche.
- Bei anderen Laser- oder IPL-Behandlungen geben Sie dem Haar ca. 6 Wochen Zeit, um wieder in die notwendige Wachstumsphase zu kommen.
- Rasieren dürfen Sie sich vor und nach den Behandlungen uneingeschränkt

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich wurde über die Art, Ziele und Grenzen, Kontraindikationen und möglichen Nebenwirkungen informiert.
- Mir wurden die Sicherheitsvorkehrungen bezüglich der Verwendung von Laser (Schutzbrille etc.) erklärt.
- Die Art und Weise sowie der Zweck der Behandlung wurden mir erklärt und alle Fragen bezüglich Verfahrens zu meiner Zufriedenheit geklärt.
- Ich verstehe, dass die Ergebnisse und die Anzahl der Behandlungen von mehreren Faktoren abhängen: nach behandeltem Bereich, Hautfarbe, Tönung, Haarfarbe, Alter, Geschlecht, Genetik usw. Es könnten mehr Behandlungen notwendig sein, als erwartet. Es besteht keine Garantie für die Ergebnisse. Ich verstehe, dass um maximale Ergebnisse zu erreichen, mehrere Behandlungen benötigen werden.
- Die Kosten jeder Behandlung sind mir bekannt.
- Ich bin über die Kontraindikationen aufgeklärt und versichere, dass alle Angaben über meinen Gesundheitszustand der Wahrheit entsprechen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der Kosmetik keine exakte Wissenschaft ist und dass keine besonderen Garantien oder Ähnliches gegeben werden können bezüglich des zu erwartenden Ergebnisses.
- Ich bestätige, die in Wort und Schrift zur Kenntnis genommenen Sicherheitsvorkehrungen und Anweisungen zu befolgen, welche auch die Vor- und Nachbehandlung meiner Haut betreffen.
- Ich versichere, dass ich über alle Risiken, sowie über alle Wirksamkeitseinschränkungen aufgeklärt wurde und dass ich den Anamnesebogen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Ich akzeptiere die AGB von Elektroepilation Stuttgart

Ich stimme der anonymen Verwendung meiner Vorher- Nachher- Bilder für klinische und Marketing-Zwecke zu

Name

Adresse

Datum und Unterschrift