



Wichtige Fragen

	JA	NEIN
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐	☐
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen, welche die Haut beeinflussen (z.B. Cortison, Immunsuppressiva)? ▶ Wenn JA welche?	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente ein (z.B. Aspirin)? ▶ Wenn JA welche?	☐	☐
Sind Sie in den letzten 3 Monaten operiert worden?	☐	☐
Haben Sie in den letzten 6 Wochen ein Fruchtsäurepeeling oder eine Abrasionsbehandlung durchgeführt?	☐	☐
Neigen Sie zu Keloidnarben?	☐	☐
Leiden Sie unter Wundheilungsverzögerung oder Blutgerinnungsstörungen?	☐	☐
Bestehen chronische Erkrankungen (einschl. Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen, Diabetes, Bluterkrankheit, neurologische Vorerkrankungen)? ▶ Wenn JA welche?	☐	☐
Ist in den letzten 6 Wochen eine Anti-Akne Therapie durchgeführt worden?	☐	☐
Besteht ein Leber- oder Nierenschaden?	☐	☐
Besteht eine Lymphstörung?	☐	☐
Leiden Sie unter einer Herzkrankheit oder tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Besteht der Verdacht auf maligne (bösartige) Tumore oder leiden Sie an Krebs?	☐	☐
Besteht eine Bakterielle Infektion (z.B. Tuberkulose)?	☐	☐
Befinden sich im Behandlungsbereich offene Wunden oder Entzündungen?	☐	☐
Befinden sich Metallimplantate (einschl. Zahnspange) im Behandlungsbereich? ▶ Wenn JA wo?	☐	☐
Bestehen bei Ihnen Durchblutungsstörungen? ▶ Wenn JA wo?	☐	☐
Tragen Sie eine Insulinpumpe?	☐	☐
Leiden Sie unter Herpes Simplex oder Herpes Zoster?	☐	☐
Bestehen bei Ihnen Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis)?	☐	☐
Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Parkinson, Epilepsie)	☐	☐

Ihre Angaben

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
E-Mail	

Einwilligungserklärung

- ▶ In einem ausführlichen Aufklärungsgespräch bin ich über die von mir gewünschte Behandlung informiert worden. Zu den Informationen zählten die Verhaltensweisen vor und nach einer Behandlung sowie mögliche Nebenwirkungen und die Abklärung möglicher Kontraindikationen. Des Weiteren wurden mir die realistischen Behandlungsmöglichkeiten der Behandlung dargelegt. Ich konnte alle mir wichtigen Fragen zum Verlauf, den Wirkungen und Möglichkeiten der Behandlung sowie etwaigen Nebenwirkungen stellen.
- ▶ Hiermit bestätige ich alle Fragen zum Ausschuss möglicher Kontraindikationen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich habe den Verlauf der Behandlung, realistische Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Nebenwirkungen zur Kenntnis genommen und stimme der Behandlung zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift Kunde _____

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Ort, Datum _____

Unterschrift
der Behandlerin _____