

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG LASER/IPL

Name: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb.datum: _____

Aus juristischen Gründen müssen Sie über folgende Punkte informiert sein:

- Vermeiden Sie 2 Wochen vor wie auch nach der Behandlung Solarium, Sonnenbestrahlung, Selbstbräuner
Wer trotz Sonnenkontakt **nicht** auf die Behandlung verzichten möchte, trägt jegliches Risiko einer Verbrennung selbst
- Durchschnittlich braucht es 6 bis 10 Behandlungen welche je nach Dichte und Stärke der Haare abweichen können
- Genetischer/hormoneller Haarwuchs im Gesicht, kann sich nach einer gewissen Zeit (Monate, mehrere Jahre) wieder verändern. Ebenso kann die Behandlung einen zaghaften Verlauf haben
- In seltenen Fällen können Pigmentverschiebungen auftreten welche innert 4 bis 6 Monaten wieder verschwinden (Hyper-oder Hypopigmentierung)
- Es können Rötungen, Schwellungen, Wärmegefühl, Juckreiz wie auch Berührungsempfindlichkeiten auftreten welche in max. 24h wieder abklingen (bei anderen Reaktionen bitte ich Sie mich zu kontaktieren)
- Verzichten Sie auf warme Bäder, Sauna, Hamam, Hallenbäder innerhalb von 2 Tagen nach der Behandlung
- 4 bis 6 Wochen vor der Behandlung dürfen die Haare weder gezupft noch mit Wachs entfernt werden; rasieren Sie die Haare 2 Tage vor der Behandlung
- Das tragen unserer Schutzbrillen ist Pflicht
- Wir können keine Garantie abgeben dass die Haare NIE wieder wachsen. 5% der Bevölkerung reagieren nicht auf die permanente Haarentfernung
- Bitte melden Sie sich 24 Stunden vorher ab, ansonsten sind wir gezwungen 50.- Spesen zu verrechnen

ANAMNESE – BOGEN

- Nehmen Sie blutverdünnende oder lichtsensibilisierende Medikamente ein? Ja / Nein
Wenn ja, welche _____

- Leiden Sie an einer Hautkrankheit wie Neurodermitis oder andere atopische Ekzeme? Ja / Nein
Wenn ja, welche _____

- Sind Sie schwanger oder stillen Sie noch? Ja / Nein

- Litten/leiden Sie an Krebs, HIV, Hepatitis, Tbc oder Epilepsie? Ja / Nein
Wenn ja, seit wann _____

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Implantate an den zu behandelnden Stellen? Ja / Nein
Wenn ja, seit wann _____

- Haben Sie Venenleiden, Durchblutungsstörungen oder Krampfadern? Ja / Nein

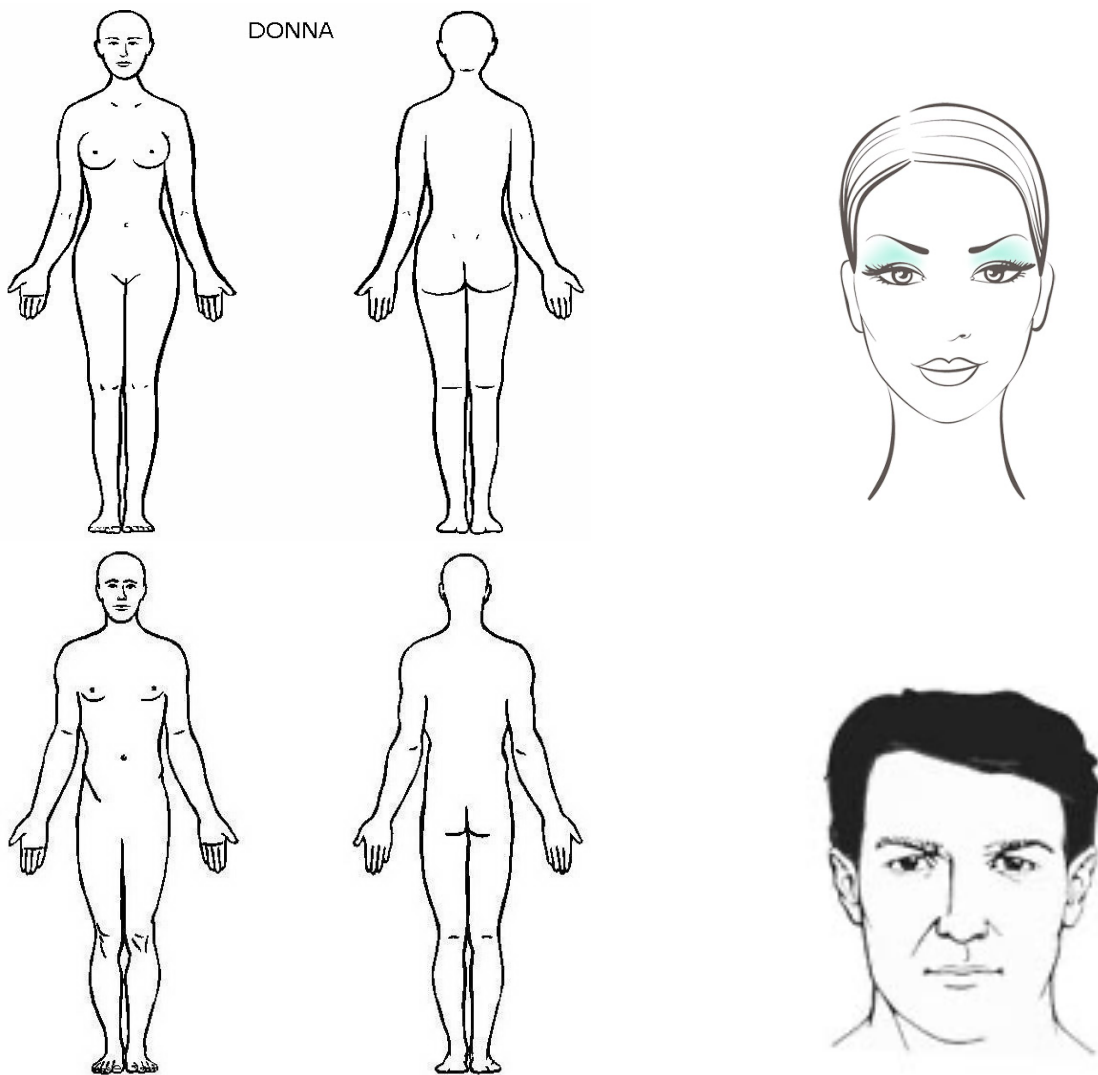
- Nehmen Sie entzündungshemmende Medikamente, Cortison haltige Medikamente, Ruacutan, Antibiotika, Hormone oder Antidepressiva wie z. B. Johanniskraut? Ja / Nein
Wenn ja, welche _____

- Benützen Sie Aufbaupräparate für den Haarwachstum? Ja / Nein

Hiermit erklärt die/der Unterzeichnende, dass Sie/er die Einverständniserklärung sorgfältig durchgelesen und auch verstanden hat. Alle offenen Fragen wie auch Fachbegriffe konnten vollständig und verständlich beantwortet werden. Unter anderem ist Sie/er über die Behandlung sowie über mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen eingehend aufgeklärt. Die entstehenden Kosten werden nicht von der Krankenkasse übernommen und müssen direkt nach der Behandlung per Barbezahlung oder Kredit; Master; Ec-Karte beglichen werden.

Ort _____ die/der Unterzeichnende _____

Name/Vorname _____



www.disegnidacoloraregratis.it

1. _____ / _____ / _____
2. _____ / _____ / _____
3. _____ / _____ / _____
4. _____ / _____ / _____
5. _____ / _____ / _____
6. _____ / _____ / _____
7. _____ / _____ / _____
8. _____ / _____ / _____
9. _____ / _____ / _____

10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____