



Aufklärungs- und Einverständniserklärung Seidenfadenlifting

Vor- und Nachname des Kunden

Straße und Hausnummer

PLZ und Stadt

Geburtsdatum

Die Behandlung darf nur dann erfolgen, wenn keine der unten stehenden Probleme/Situationen/Erkrankungen vorliegt. Dies bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift:

- Schwangerschaft
- Stillzeit
- Einnahme von bestimmten Medikamenten (beispielsweise zur Behandlung von Akne)
- Einnahme von Retin A-Produkten (müssen 10 Tage vorher abgesetzt werden)
- Hautkrebs
- Autoimmunerkrankungen
- Infektionskrankheiten
- Akne
- Ekzeme
- Herpes
- Ausschläge
- Entzündungen oder offene Wunden im Gesicht
- topische Hautrepeturen

Folgende Pflegehinweise habe ich zur Kenntnis genommen:

In den ersten 24 Stunden nach der Behandlung darf kein Wasser in den Behandlungsbereich gelangen. Zunächst sollte der Kunde zudem auf Sauna, Solarium, natürliches UV-Licht und intensives Training verzichten. Wir empfehlen, die Haut mit einer guten Hautcreme zu pflegen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit ein, dass die Behandlung durchgeführt wird.

Die während der Behandlung von mir gemachten Bilder oder Videos dürfen veröffentlicht werden.

Auf folgenden Seiten

- auf unserer Homepage Ja Nein
- in sozialen Netzwerken Ja Nein
- auf anderen Plattformen Ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich die Gesundheitsrisiken und Pflegehinweise gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde