



## Aufklärungs- & Einverständniserklärung Kavitation

Vor- & Nachname des Kunden

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Geburtsdatum

Sie haben sich für eine Behandlung mit einem (CAV) Kavitation und (RF) Radiofrequenz mit Kaltlaser und Lymphdrainage entschlossen. Die Behandlung stellt derzeit den modernsten Stand in der Entfernung von unerwünschtem Fett, der Hautstraffung, und Kollagenanregung dar. Ihre Behandlung wird von besonders geschulten Spezialisten vorgenommen. Aus juristischen Gründen müssen Sie über folgende Punkte informiert sein. Bitte zutreffendes ankreuzen.

| Erkrankung/Beschwerden  | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, werden Sie diese Mittel vor der Behandlung absetzen und während der gesamten Behandlung nicht einnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Blutverdünner ein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie elektronische Implantate?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie metallische Implantate wie Piercing, Anker usw.?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Epilepsie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Diabetes mellitus?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen bei Ihnen umfangreiche Venenbeschwerden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie zur Zeit eine Pilzinfektion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Haben Sie zur Zeit eine Herpes Erkrankung?             |  |  |
| Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?                  |  |  |
| Leiden Sie an einer Lebererkrankung?                   |  |  |
| Leiden Sie an einer StoffwechselErkrankung?            |  |  |
| Möchten Sie uns auf körperliche Beschwerden hinweisen? |  |  |
| Tragen Sie eine Spirale?                               |  |  |
| Tragen Sie eine Hormonspirale?                         |  |  |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns Haut- oder psychische Krankheiten vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.

Unmittelbar nach der Behandlung können kurzfristig Rötungen der Haut auftreten. Für die CAV oder RF Behandlung wurden Sie von uns darauf hingewiesen, dass Sie nach der Behandlung ca. 3 Tage den Verzehr von Kohlehydraten (kurzkettige) zu verringern oder möglichst ganz darauf zu verzichten. Dazu zählen u.a. Einfachzucker, Glukose, Saccharose, Laktose und Maltose (helles Brot, Kuchen, Süßigkeiten, Honig, Marmelade, Brötchen, Limonaden, Malzgetränken (Bier) etc.

Sie sollten täglich mindestens 2-3 Liter Wasser oder ungesüßten Tee trinken. Die Erfolge werden mittels Fotos dokumentiert und festgehalten. Selbstverständlich werden diese Daten streng vertraulich behandelt. Muss auf Wunsch der Kundschaft auf diese Aufzeichnungen verzichtet werden, entfallen jegliche Ansprüche auf Reklamationen.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei uns mit Ihren mitgebrachten Utensilien abzuschminken oder zu waschen. So sind Sie zur vereinbarten Zeit bereit für die Behandlung. Bei nicht einhalten einer Behandlung wird diese ersatzlos aus dem Abonnement gestrichen oder verrechnet. Wir bitten Sie freundlich die Zeit einzuhalten.

Zu spätes Erscheinen, kann dazu führen, dass eine Behandlung ersatzlos gestrichen wird oder die Behandlung nicht vollständig durchgeführt werden kann. Die notwendigen Behandlungsintervalle sollten möglichst genau eingehalten werden. Eine Garantie für den zu erwartenden Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden.

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