



## Aufklärungs- & Einverständniserklärung Microneedling

Vor- & Nachname des Kunden

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Geburtsdatum

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Ihnen bevorstehende Lifting Behandlung mit Microneedling bedarf Ihrer Einwilligung. Dieses Informationsblatt und das nachfolgende Aufklärungsgespräch mit Ihrem Behandler soll Sie über Art und Umfang der Behandlung, mögliche Risiken und Nebenwirkungen und das zu erwartende Resultat informieren.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass nach der Behandlung folgendes auftreten kann:

- Hautrötungen und leichte Ödeme
- leichtes Brennen (wie bei leichtem Sonnenbrand) der Haut für 3-4 Stunden
- für 1-2 Tage Spannungsgefühle und/oder Schuppung, Trockenheitsgefühl

Ich bin darüber informiert worden, dass ich 10 Tage vor der Behandlung keine Blutverdünnungsmittel oder Medikamente der erwähnten Gruppen einnehmen sollte wie:

- Aspirin und /oder Migränemittel, Vitamin E und C, Ginkgopräparate, Enzyme
- Laser- oder IPL-Behandlungen vier Wochen warten
- Schälkuren 3 Wochen warten

Ich habe verstanden, dass ich 2 -3 Tage nach der Anwendung starke Hitzeeinwirkung durch Sonne und Solarium, Dampfbäder und Sauna vermeiden und Unbedingt für ca. 1Woche nach der Behandlung Sonnenschutzcreme mit hohem Lichtschutzfaktor verwenden soll. Allergische Reaktionen treten nicht auf.

Das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit variiert von Kunde zu Kunde und ist sehr stark vom Lebenswandel und den Lebensgewohnheiten des jeweiligen Patienten abhängig (Raucherhaut, Sonnengeschädigte Haut, fortgeschrittene Atrophie)

Bitte vermeiden Sie nach dem Microneedling unbedingt Produkte mit Zusatzstoffen wie Farb- oder Duftstoffen, Parabenen oder Paraffinen.

## Bitte informieren Sie Ihren Behandler über:

- vorangegangene chirurgische Eingriffe (Hautkrebs) \*
  - vorangegangene Faltenunterspritzungen (an diesen Regionen kein Ultraschall)
  - Allergische Reaktionen auf Lokalbetäubung \*
  - Übermäßige Narbenbildung nach Verletzungen oder chirurgischen Eingriffen \*
  - Herpesinfektionen, Hautentzündungen, Urtikaria, Lupus etc. (können stimuliert werden) \*
  - Schwächung des Immunsystems, Autoimmunerkrankungen \*
  - Asthma, Allergien, z.B. auf Kosmetikprodukte, Lebensmittel, spezielle Medikamente, Latex etc. \*
  - Akute rheumatische Erkrankungen (Rheumaschub könnte stimuliert werden)
  - sonstige Erkrankungen
  - Medikamenteneinnahme (ggf. Hinweis auf entzündliche Vorgänge)
- \* = Kontraindikationen (absolut oder teilweise)

## Einverständniserklärung

Ich habe die schriftliche Information erhalten und habe den Aufklärungsbogen mit meinem Behandler gemeinsam gelesen. Im Aufklärungsgespräch wurde die Indikation, Wahl des Verfahrens, risikoe erhöhende Faktoren, mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen, eventuelle Folgeeingriffe besprochen.

Alle meine Fragen wurden umfassend, vollständig und verständlich beantwortet.

Ich willige in die Lifting Behandlung Microneedling ein, möchte sofort behandelt werden und verzichte auf die Bedenkzeit von 24 Stunden.

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