



# Aufklärungs- & Einverständniserklärung IPL Haarentfernung

Vor- & Nachname des Kunden

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Geburtsdatum

Sie haben sich für eine Behandlung mit einem IPL Gerät entschlossen; dies ist eine gute Entscheidung, denn die IPL sowie SHR Behandlung stellt derzeit den modernsten Stand in der Entfernung von unerwünschtem Haarwuchs, Pigmentausgleich, Couperose und Akne Behandlungen dar Ihre Behandlung wird von besonders geschulten Spezialisten vorgenommen.

Es sei erwähnt dass die Möglichkeit besteht nicht das gewünschte Ziel zu erreichen. An dieser Stelle wird jegliche Haftung oder Garantieleistungen Abgelehnt. Aus juristischen Gründen müssen Sie über folgende Punkte informiert sein.

Folgende Fragen sind maßgebend bitte ja oder nein ankreuzen:

Erkrankung/Beschwerde	Ja	Nein
Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie lichtsensibilisierende Mittel wie z. B. Antibiotika ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner?	<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"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen bei Ihnen umfangreiche Venenbeschwerden?		
Leiden Sie an Epilepsie?		
Leiden Sie an Diabetes mellitus?		
Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen?		
Haben Sie zur Zeit eine Herpes-Erkrankung?		
Haben Sie künstliche Bräune durch Sonne oder Solarium?		
Haben Sie selbstbräunende Cremes, Lotions oder Bräunungsduschen angewendet?		
Haben Sie schon einmal mit Laser epilieren lassen		
Haben Sie kürzlich ein Peeling gemacht?		
Möchten Sie auf körperliche Besonderheiten, oder sonstiges aufmerksam machen? Wenn ja, was?		

Unmittelbar nach der Behandlung können kurzfristig Rötungen der Haut auftreten. Es kann in seltenen Fällen zu Pigmentverschiebungen kommen (Hyper oder Hypopigmentation) . Für die IPL Behandlung wurden Sie von uns darauf hingewiesen, dass die zu behandelnden Stellen nicht vorgebräunt sein dürfen, d.h. in dem Zeitraum von mindestens 4 Wochen vor der Behandlung war Solarium oder Sonnenbestrahlung zu vermeiden. Wie bei jeder Lichtbehandlung ist für den Zeitraum zwischen den einzelnen Behandlungen Sonne oder Solarium nicht erlaubt. Bei zu starker Bräunung der zu behandelnden Körperpartien durch Sonne oder Solarium können wir eine weitere Behandlung ablehnen.

Für die IPL Behandlung wurden Sie von uns darauf hingewiesen, dass die zu behandelnden Stellen während dem Zeitraum von mindestens 3 Tagen vor der Behandlung weder Solarium noch Sonnenbestrahlung auszusetzen sind. Mindestens 2 Wochen vor der ersten und zwischen den weiteren Behandlungen dürfen die Haare im Behandlungsareal nicht mehr ausgezupft werden, sondern müssen rasiert oder geschnitten werden.

Bitte beachten Sie, alle Punkte einzuhalten. Werden diese nicht eingehalten oder missachtet kann eine Behandlung ersatzlos gestrichen werden. Sie haben die Möglichkeit sich bei uns mit Ihren mitgebrachten Utensilien abzuschminken oder zu rasieren. So sind Sie zur vereinbarten Zeit bereit für die Behandlung. Bei nicht einhalten einer Behandlung wird diese ersatzlos aus dem Abonnement gestrichen. Da es nur kurze Behandlungen sind, bitten wir Sie freundlich die Zeit einzuhalten. Zu spätes Erscheinen, kann dazu führen, dass eine Behandlung ersatzlos gestrichen wird. Die notwendigen Behandlungsintervalle sollten möglichst genau eingehalten werden.

Eine Garantie für den zu erwartenden Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden. Das vereinbarte Honorar ist in jedem Fall vor jeder Behandlung zur Zahlung fällig .

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

Dieses Merkblatt habe ich aufmerksam gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit der Behandlung bin ich einverstanden.

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