

## Aufklärung/Einwilligung für IPL Behandlung

Persönliche Angaben:

Name : \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.nummer: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Sie haben sich für eine Behandlung mit einem IPL-Gerät entschlossen.  
Das Infoblatt haben Sie erhalten und gelesen.

### **Vor der Behandlung sind im Eigeninteresse folgende Fragen zu beantworten:**

Bei Vorliegen einer Indikation muss die Behandlung vorher mit dem Arzt besprochen werden.

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen?   | Ja | Nein |
| 2. Nehmen Sie lichtsensibilisierende Medikamente z.B. Antibiotika, oder haarwuchsfördernde Mittel ein?                   | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie Blutverdünner ein?   | Ja | Nein |
| 4. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?   | Ja | Nein |
| 5. Tragen Sie Implantate?  | Ja | Nein |
| 6. Leiden Sie an Epilepsie?  | Ja | Nein |
| 7. Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  | Ja | Nein |
| 8. Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen?   | Ja | Nein |
| 9. Bestehen bei Ihnen umfangreiche Venenleiden?  | Ja | Nein |
| 10. Haben Sie zurzeit eine Pilzinfektion?  | Ja | Nein |
| 11. Haben Sie zurzeit eine Herpes Erkrankung?  | Ja | Nein |
| 12. Verwenden Sie selbstbräunende Cremes oder Lotionen   | Ja | Nein |
| 13. Gehen Sie regelmäßig in die Sonne oder ins Solarium?<br>Wann waren Sie das letzte Mal im Solarium bzw. in der Sonne? | Ja | Nein |
| 14. Haben Sie sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?   | Ja | Nein |

### **Keine Behandlung findet in folgenden Fällen statt:**

- die Haut weist Entzündungen, Infektionen, Ekzeme oder Hauterkrankungen auf
- PatientInnen mit hämorrhagischen Krankheiten oder Hautkrebs
- Bei starken aktinischer Dermatitis
- PatientInnen mit Botox oder Hyaluronsäure sollten die Behandlung erst nach 6 Monaten durchführen
- PatientInnen, die sich erst kürzlich einem plastischen Eingriff unterzogen haben, die tiefe Narben oder Wunden aufweisen

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. Therapierte Bereiche können sich für einige Stunden wie ein leichter Sonnenbrand anfühlen. Gelegentlich kann es zu Schorfbildung kommen, welcher meist einige Tage nach der Behandlung wieder abfällt. Es kann in sehr seltenen Fällen zu Pigmentverschiebungen oder Verbrennungen kommen (Hyper- oder Hypopigmentation).

Sie wurden 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 ist 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 Körperstellen kann es zu Pigmentstörungen kommen.

Mindestens 2 Wochen vor der ersten und zwischen den weiteren Behandlungen dürfen die Haare im Behandlungsareal nicht mehr ausgezupft bzw. geharzt werden, sondern müssen rasiert oder geschnitten werden. 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.

Dieses Merkblatt habe ich aufmerksam gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit der Behandlung bin ich einverstanden. Es wurden alle meine Fragen beantwortet, die Verhaltensmaßregeln nach der Behandlung wurden mir erklärt.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr das angestrebte kosmetische Ergebnis zu erreichen vom Therapeuten nicht übernommen werden kann.

Das ausführliche Aufklärungsgespräch mit Fr./ Hr. \_\_\_\_\_ fand  
am \_\_\_\_\_ statt.

Unterschrift Behandler: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde/in: \_\_\_\_\_