



Einverständniserklärung und Orientierung für Neukunden

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____

Empfohlen/aufmerksam geworden durch: _____

Dieses Merkblatt ist die Grundlage für die Erstberatung (Aufklärungsgespräch) vor der Laserbehandlung mit dem Therapeuten.

Ich, der/die Unterzeichnende bestätige mit meiner Unterschrift, dieses genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an einer Laserbehandlung teilzunehmen. Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten hätte, die mich vor einer Laserbehandlung hindern können.

Medikamente oder Betäubungsmittel, die ebenfalls eine Einschränkung bewirken können, nehme ich derzeit nicht ein. Sollte sich während der Behandlung eine Eintrübung meines Gesundheitszustandes ergeben, werde ich den Therapeuten sofort in Kenntnis setzen und die Behandlung abbrechen lassen.

Die Laserbehandlung ist schmerzarm, wird aber immer gespürt. Unmittelbar nach der Laserbehandlung kann die Hautstelle eine rötliche Färbung zeigen. Diese Veränderung ist normalerweise innert wenigen Tagen vollständig verschwunden. Die weitere Kühlung mit Cool Packs etc. ist empfehlenswert. Ebenfalls soll die behandelte Hautstelle mit Aloe Vera oder einem anderen Kühl Gel beruhigt werden.

2 Wochen nach der Behandlung fallen die behandelten Haare vollständig aus. 3-4 Wochen nachher kommen die nächsten Haare, die in der Wachstumsphase sind. Insgesamt sind je nach Körperareal 4-8 Behandlungen notwendig um eine permanente Haarreduktion zu erzielen.

Die fachärztliche Vorabklärung der Hautstelle durch einen Dermatologen ist eine Empfehlung für die Laserbehandlung. Mit der fachärztlichen Freigabe haben der Kunde und der Therapeut die Sicherheit, dass die Laserbehandlung ohne Risiko durchgeführt werden kann.

Mir ist bewusst, dass die Therapeuten in der Regel keine Dermatologen sind, sondern intern ausgebildete Praktiker für die angewendete Behandlungsmethode sowie für die verwendeten Lasergeräte. Die Lasergeräte sind zertifizierte Beauty- oder Medizinalgeräte und erfüllen die Schweizer Sicherheitsstandards für kosmetische-ästhetische Lasertherapien.

Den Anweisungen des Therapeuten insbesondere den sicherheitsrelevanten Anweisungen im Behandlungsraum, werde ich unbedingt Folge leisten. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben. Ich bin mir darüber bewusst, dass der Therapeut die Behandlung generell ablehnen kann, falls die Risiken den zu erwartenden Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Die Teilnahme an der Laserbehandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt. Mir ist bekannt, dass ich nach der Erstbehandlung keine Folgebehandlungen kaufen muss.

Ich willige in die Behandlung ein und erlaube den Therapeuten, mich vor, während und nach der Behandlung zu fotografieren. Diese Fotos werden zu diagnostischen Zwecken sowie zur Dokumentation (anonymisiert) meines Ansprechens auf die Behandlung verwendet.

Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung in bar.

Das Risiko von Behandlungen wird durch die körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Hatten Sie schon einmal eine Laserbehandlung zur Haarreduktion? Wann und bei wem?
Ja
Nein
2. Nehmen Sie Medikamente ein? (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel wie Aspirin, Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Medikamente die gegen Licht sensibilisieren wie Tetracycline oder Roaccutan, Hormone, Vitamine A und E)
Ja
Nein
3. Kam es schon mal zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln? (Thrombose, Embolie)
Ja
Nein
4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? (z.B. bei kleinen Verletzungen, Nasenbluten o. Zahnbehandlungen oder entstehen leicht blaue Flecken)
Ja
Nein
5. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt? (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem)
Ja
Nein
6. Haben oder hatten Sie bereits Gelbsucht?
Ja
Nein
7. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt? (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma)
Ja
Nein

8. Besteht ein akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)
Ja
Nein
9. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeiten oder Überempfindlichkeiten (z.B. Von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex) bekannt?
Ja
Nein
10. Leiden Sie unter Ekzemen, Weissflecken oder Schuppenflechte (Neurodermitis, Psoriasis)?
Ja
Nein
11. Werden Sie zurzeit wegen Akne behandelt?
Ja
Nein
12. Leiden Sie unter anderen Hautauffälligkeiten (Muttermalen, Warzen, Haarausfall, etc.)?
Ja
Nein
13. Leiden Sie unter Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?
Ja
Nein
14. Leiden Sie unter verstärkter Lichtempfindlichkeit oder haben Sie eine Sonnen-/Lichtallergie?
Ja
Nein
15. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?
Ja
Nein
16. Rauchen Sie regelmässig und trinken Sie regelmässig Alkohol (im Übermass) oder sind Sie von Drogen oder Medikamenten abhängig? Wenn ja, welche?
Ja
Nein
17. Haben Sie Silikon Implantationen, Faltenunterspritzungen oder haben Sie kürzlich eine Fruchtsäurenbehandlung machen lassen?
Ja
Nein

18. Hatten Sie kürzlich eine Chemo-, Strahlentherapie oder eine starke UV-Bestrahlung?

Ja

Nein

19. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

Ja

Nein

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen der Laserbehandlung (Rötung, kurzfristige Hautreizung, Schwellung, Juckreiz, Schorfbildung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut) bekannt. Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Laserbehandlung stark von der Haar- und Hautbeschaffenheit und der Vor- und Nachbehandlung abhängt. Es ist mir bewusst, dass eventuell nur eine Teilentfernung möglich ist.

Anmerkungen zur Erstberatung (z.B. Individuelle Risiken und damit verbundene, mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen)

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, die Entscheidung zu überdenken und keine weiteren Fragen mehr vorhanden sind.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Kunde: _____

Unterschrift Therapeut: _____