



Aufklärung/Einwilligung Behandlungsvertrag

Name/Vorname _____

Adresse (PLZ/Ort/Straße) _____

Geburtsdatum _____

Ort, Datum _____

E-Mail _____

dem/der Behandler/in: Sztefko Klaudia _____

Beim Microneedling handelt es sich um eine apparative Behandlung, bei dem Geräte wie der Microneedling-Pen bzw. der Needling-Roller zum Einsatz kommen. Der Haut wird eine Mikroverletzung mit feinen Nadeln zugefügt. Entsprechend der Indikation wird ein Serum und Pflegeprodukte auf die Haut aufgetragen.

Die Art des Needling bzw. die Auswahl der Wirkstoffampulle/n sind u.a. abhängig von der

- › Hautbeschaffenheit
- › Zu behandelndes Hautareal (Wangen, Stirn, Augenbereich, Körperregion)
- › Regenerationsfähigkeit der Haut und Alter der zu behandelnden Person
- › Gefäßsituation/Sensibilität
- › Hautanomalien z. B. Hyperkeratosen
- › Medikamenteneinnahme (Blutverdünner, hautbeeinflussende Medikamente)
- › Stoffwechsel
- › Falten und erschlaffte Haut
- › Großporige Haut
- › Zu Unreinheiten/Akne neigende Haut, Narben und Hautunebenheiten

Kontraindikationen/Gegenanzeigen u.a.

- › aktive Autoimmunerkrankungen
- › akute Infektion oder chronische Immunschwäche
- › Hauterkrankungen/Herpes
- › bekannte Überempfindlichkeit gegen einen Inhaltsstoff in den Wirkstoffampullen
- › Gerinnungsstörungen, bestimmte Medikamente (Blutverdünner)
- › Schwangerschaft/Stillzeit
- › Diabetes

MICRONEEDLING

Wirkung/Nebenwirkung/Risiken

Die Wirkung des Needlings ist abhängig vom Stoffwechsel und Beschaffenheit der Haut und kann sehr variieren. Eine Erfolgsgarantie kann nicht gegeben werden.

Nach der Behandlung wird die Haut gerötet sein. Der Grad der Rötung hängt von der Tiefe des

Needlings ab. Das Gesicht kann von leicht bis sehr stark gerötet sein, das sich meist innerhalb von 24 Stunden normalisiert. Auf der Haut können sich gelbliche Flecken bilden, die Haut kann schuppen und Augenlider können geschwollen sein. Die Haut kann jucken/kribbeln.

Während der Behandlung können trotz des Fachwissens und Einhaltung aller Vorsichtsmaßnahmen Verletzungen entstehen. Wir verwenden hochwertige Produkte, bei der dennoch allergische Reaktionen nicht ausgeschlossen werden können.

Alle Nebenwirkungen sollten innerhalb einer Woche bis max. 10 Tagen abgeklungen sein.

Nervenschäden, Infektion, Schwellungen, Rötungen, Jucken, Schmerzen mit Druckempfindlichkeit, Hämatome, Nekrosen sind Komplikationen, die auftreten können, jedoch bei richtiger Anwendung bzw. Vor- und Nachsorge sehr selten auftreten.

Fragen zum Gesundheitszustand

Bitte vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt, sie werden nicht weitergeben. Sie helfen uns, Ihre Behandlung sicher auszuführen.

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Leiden Sie an Diabetes Typ1/2? | JA | NEIN |
| 2. Sind Sie HIV positiv getestet? | JA | NEIN |
| 3. Liegt eine Bluterkrankung vor (Anämie/Thrombose/Hämophilie)? | JA | NEIN |
| 4. Bluten kleine Schnittwunden lange bzw. verstärkt? | JA | NEIN |
| 5. Liegt eine Viruserkrankung vor z.B. Hepatitis? | JA | NEIN |
| 6. Wurde bei Ihnen eine autoimmune Erkrankung festgestellt (z. B. MS, Hashimoto)? | JA | NEIN |
| 7. Leiden Sie unter akuten/chronischen Infektionskrankheiten? | JA | NEIN |
| 8. Liegt oder lag ein Krebsgeschehen vor (Strahlen-/Chemotherapie) | JA | NEIN |
| 9. Gibt es Hauterkrankungen (z. B. Lupus, Erysipel, Rosazea)? | JA | NEIN |
| 10. Leiden Sie unter Wundheilungsstörungen? | JA | NEIN |
| 11. Neigen Sie zu Hypertrophischen Narben bzw. Keloiden? | JA | NEIN |
| 12. Wurden Gesichtsbehandlungen mit Botox, Laser, Filler, chemisches Peeling durchgeführt, wenn ja wann und welche? _____ | | |
| 13. Haben Sie ein permanent Make-up (Augen/Lippen)? | JA | NEIN |
| 14. Sind Sie schwanger? | JA | NEIN |
| 15. Leiden sie an Epilepsie? | JA | NEIN |
| 16. Liegt ein Herzproblem vor bzw. tragen Sie einen Herzschrittmacher? | JA | NEIN |
| 17. Sind Hautempfindlichkeiten bekannt oder Anfälligkeit für Lippenherpes? | JA | NEIN |
| 18. Gibt es Allergien/Unverträglichkeiten? | JA | NEIN |
| 19. Sind Sie Raucher? Anzahl Zigaretten pro Tag _____ | JA | NEIN |
| 20. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | JA | NEIN |
| 21. Gab es kürzlich einen medizinischen Eingriff/Operation/Zahnimplantate? | JA | NEIN |
| 22. Sie Sie in medizinischer Behandlung? | JA | NEIN |
| 23. Beinhaltet Ihr Kosmetikprogramm Retinol-A, Peelingprodukte oder ähnliches? | JA | NEIN |
| 24. Gibt es sonst noch etwas, das wir wissen sollten? | JA | NEIN |

Sie haben oben gestellte Frage/n mit „ja“ beantwortet?

Erzählen Sie uns bitte mehr _____

Sie fühlen sich zum Zeitpunkt der Behandlung gesund? JA NEIN

Ich habe in den letzten 24 Stunden weder Drogen noch Alkohol konsumiert JA NEIN

MICRONEEDLING

Häufigkeit der Behandlung

Um ein gutes Ergebnis zu erzielen, werden bis zu 8 Behandlungen im Abstand von 1-4 Wochen durchgeführt. Über die Anzahl der Behandlungen entscheidet der Behandler nach ausführlicher Beratung, die u.a. abhängig von Alter, Beschaffenheit der Haut und der verwendeten Nadellänge sind.

Fotodokumentation

Der Kunde akzeptiert, dass sein Gesicht für Fotos zu Vergleichen (Vorher/Nachher) bzw. zu Werbezwecken benutzt werden darf.

JA NEIN

Haftungsausschluss

Der Kunde verzichtet auf alle Ansprüche, Forderungen, Schäden, Handlungen und Handlungsursachen, die sich aus der Erbringung der Behandlung ergeben, sofern Behandlungsfehler nicht vorsätzlich geschehen sind.

Nachsorge

Um das Ergebnis zu optimieren und keine Komplikationen zu verursachen, bitten wir Sie folgende Verhaltensregeln mindestens eine Woche nach der Behandlung einzuhalten:

- › Berühren Sie ihr Gesicht nicht mit ungewaschenen Händen
- › Reinigen Sie Ihr Gesicht erst am folgenden Morgen.
- › Verwenden Sie die empfohlene Pflege bzw. keine aggressiven Kosmetikprodukte (Reinigung/Pflege).
- › Verzichten Sie auf Make up/Mascara für 48 Stunden.
- › Meiden Sie für mindestens eine Woche direktes Sonnenlicht, Sonnenbäder, Solarium, Sauna, anstrengenden Sport, sowie Arbeiten mit Schmutz und Staub.
- › Filler und Botoxanwendungen frühestens nach 2 Wochen

Bei Fragen oder Unsicherheiten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an uns.

DSVGO – Datenschutz

Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist für uns sehr wichtig. Wir erheben lediglich personenbezogene Daten, die Sie uns im Rahmen Ihrer Buchung freiwillig mitteilen.

Ihre Kontaktdaten werden in einer Datenbank gespeichert. Diese dient lediglich dem Nachweis für spätere Nachfragen/Behandlungen. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Gespeichert wird Name, Adresse, Email, Telefon, Geburtsdatum, Behandlung, Anamnesebogen und Behandlungsvertrag.

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Einverständniserklärung

Die Aufklärung habe ich gelesen und wurde über Nutzen und Risiko ausreichend informiert.

Sämtliche Fragen und Unstimmigkeiten wurden besprochen und geklärt.

Ich habe alles verstanden und zu dieser Patienteninformation keine weiteren Fragen.

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung oben beschriebener Behandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....