



Einverständniserklärung und Orientierung für Neukunden

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Dieses Merkblatt ist die Grundlage für die Erstberatung/Aufklärungsgespräch vor der lasermedizinischen Behandlung. Der/Die Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift, dieses genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an der Behandlung teilzunehmen. Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten habe, die mich an solch einer Behandlung hindern könnten.

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.

Lasermedizinische Behandlungen sind in der Regel schmerzarm. Als Nebenwirkungen können auftreten: Rötungen und Schwellungen der behandelten Hautstelle, Blutergüsse, Pigmentverschiebungen, Narbenbildung, lokale Taubheitsgefühle, Verspannungen, Druckempfindlichkeiten oder Verbrennungen.

Die fachärztliche Vorabklärung und Freigabe der Hautstelle durch einen Dermatologen (Hautarzt) ist empfehlenswert. Den Anweisungen des Therapeuten, insbesondere der Nachsorge muss unbedingt Folge geleistet werden. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben. Ich bin mir 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.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder den Therapeuten oder die Gesellschafter, Eigentümer, Gerätehersteller, Betreiber, Personal oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. Die Teilnahme an der lasermedizinischen Behandlung erfolgt auf eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt. Ich willige in die Behandlung ein und erlaube den Therapeuten, mich jeweils vor der Behandlung zu fotografieren. Diese Fotos werden zu diagnostischen Zwecken sowie zur Dokumentation meines Ansprechens auf die Behandlung verwendet.

Ich weiss, dass die Kosten für die lasermedizinische Behandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden und ich diese selbst bezahlen muss. Die Bezahlung erfolgt vor jeder Behandlung bei Einzelbehandlungen. Abonnemente müssen gänzlich vor Behandlungsbeginn bezahlt werden.

Fragenkatalog:

1. Leiden Sie oder haben Sie an Hautkrebs gelitten?

- ja Genaueres:
- nein

2. Haben Sie eine entzündliche Akne?

- ja Genaueres:
- nein

3. Haben Sie Herpes, der gelegentlich ausbrechen kann?

- ja Genaueres:
- nein

4. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt? (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem)

- ja Genaueres:
- nein

5. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

- ja Genaueres:
- nein

6. Leiden Sie unter verzögerter Wundheilung, Abszessen, Ekzem, Psoriasis, Fisteln oder ungewöhnlich schweren Nebenwirkungen?

- ja Genaueres:
- nein

7. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebung?

- ja Genaueres:
- nein

8. 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, Amiodaron)

ja Genauerer:

nein

9. Sind sie aktuell in Strahlen- oder Chemotherapie?

ja Genauerer:

nein

10. Kam es schon mal zu Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln? (Thrombose, Embolie)

ja Genauerer:

nein

11. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? (z.B. bei kleinen Verletzungen, Nasenbluten oder Zahnbehandlungen oder entstehen leicht blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass)

ja Genauerer:

nein

12. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt? (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma)

ja Genauerer:

nein

13. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma), Unverträglichkeiten oder Überempfindlichkeiten (z.B. von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Lichtempfindlichkeit) bekannt?

ja Genauerer:

nein

14. Leiden Sie unter anderen Hautauffälligkeiten? (Muttermale, Warzen, Haarausfall, etc.)

ja Genaueres:

nein

15. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?

ja Genaueres:

nein

16. Sind Sie schwanger oder in der Stillzeit?

ja Genaueres:

nein

17. Tragen Sie Implantate? (Spirale, Silikon, Kunstgelenke, Zahnimplantate, etc.)

ja Genaueres:

nein

18. Haben Sie Tattoos?

ja Genaueres:

nein

19. Haben Sie kürzlich ein CT oder MRI gehabt oder eine Sklerosierung durchgeführt?

ja Genaueres:

nein

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen einer lasermedizinischen Behandlung (Rötung, Schwellung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut, Wundinfektion, Nachblutung mit Bildung von Blutergüssen, Heilungs- und Durchblutungsstörungen, vorübergehende und anhaltende Hypersensibilität der Haut und postoperativer Herpes simplex) bekannt. Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Behandlung stark von der Hautbeschaffenheit, Lymphsystem, Ernährungs- und Bewegungsverhalten und das Ansprechen auf die Behandlung abhängen können.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass Sie ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, die Entscheidung zu überdenken und keine weiteren Fragen mehr vorhanden sind. Mit der Unterschrift bestätigt der Unterzeichnende sein explizites Einverständnis mit der Behandlung auf sein eigenes Risiko.

Ort und Datum

Vorname und Name in Blockschrift

Unterschrift Kunde:

.....