# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FUSSPFLEGE
KOSMETIK
claudia
FACHINSTITUT SEIT 1998

***Dauerhafte Haarentfernung mit INMODE***

**Name des Kunden:** _____ **geboren am**: _____

**Adresse:** _____

**Mailadresse**: _____ **Telefonnummer**: _____

**Bitte kreuzen Sie an, wenn etwas auf Sie zutrifft:**

- ☐ **Schwangerschaft oder Stillzeit**
- ☐ **Alter unter 18 Jahre (ohne Vorlage einer Einwilligung durch einen Erziehungsberechtigten)**
- ☐ **Herzschrittmacher oder Defibrillator**
- ☐ **Permanentes Implantat im Behandlungsbereich wie etwa Metallplatten und Schrauben, Silikonimplantate oder eine injizierte chemische Substanz (Botox, Hyaluron…) sowie Zahnimplantate bei Gesichtsbehandlungen!**
- ☐ **Aktiver Status oder Vorgeschichte von Krebs, spezieller Hautkrankheiten oder pre-maligne Male**
- ☐ **geschwächtes Immunsystem Aufgrund von immunsuppressiven Krankheiten wie AIDS und HIV, oder die Verwendung von Immunsuppressiva**
- ☐ **schwere Erkrankungen wie Krebs, Herzerkrankungen, Epilepsie, unkontrollierter Bluthochdruck.**
- ☐ **Vorgeschichte von Erkrankungen, die durch Wärme stimuliert werden, wie beispielsweise wiederkehrender Herpes-Simplex im Behandlungsbereich (prophylaktische Behandlung kann gegeben werden)**
- ☐ **alle aktiven Zustände im Behandlungsbereich wie Wunden, Psoriasis, Ekzeme und Hautausschlag sowie übermäßig / frisch gebräunte Haut**
- ☐ **Vorgeschichte von Hauterkrankungen wie anormale Wundheilung aber auch sehr trockene, rissige, ulzerierte, infizierte und empfindliche Haut**
- ☐ **Tattoos, Permanent Make-up, pigmentierten Läsionen**
- ☐ **schlecht eingestellte endokrine Erkrankungen wie Diabetes oder Funktionsstörungen der Schilddrüse**
- ☐ **Die Verwendung von Isotretinoin (Accutane) innerhalb von 6 Monaten vor der Behandlung**
- ☐ **Einnahme von Antibiotika, Vitamin A, Kortison oder Johanneskraut (Medikamente die lichtempfindlich machen)**
- ☐ **Neigung zu schnellem Sonnenbrand**
- ☐ **Einnahme von Schmerzmitteln**

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**WICHTIG!**

**3 Wochen vor und nach einer Dauerhaften Haarentfernungsbehandlung keine Sonnenbestrahlung oder Solarium!**

**Keine Einnahme von Antibiotika oder Medikamente die Lichtempfindlich machen**
**Meiden Sie nach der Behandlung direkte Sonne (Solarium, Sauna und vermehrtes Schwitzen) und verwenden Sie hohen Lichtschutzfaktor! Bitte kommen Sie GRÜNDLICH rasiert und nicht eingecremt zur Behandlung. Keine Cremen oder Parfum auf behandelte Haut.**

**Kontraindiziert ist die Einnahme von Medikamenten die lichtempfindlich machen (Antibiotika, Kortison, Johanneskraut, etc.)**

- Ich wurde über die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung aufgeklärt einschließlich: lokaler Schmerzen, Hautrötung (Erythem), Schwellung (Ödem), Schäden an der natürlichen Hautstruktur (Kruste, Blase, Brennen), Änderung der Pigmentierung (Hyper- oder Hypo -pigmentation).
- Ich verstehe, dass ich den Behandlungsplan einhalten muss, andernfalls die Ergebnisse beeinträchtigt werden können.
- Ich verstehe, dass nicht jeder ein Kandidat für diese Behandlung ist und Ergebnisse daher variieren können, es gibt keine Garantie für erreichbare Ergebnisse.

Ich habe die mir sowohl schriftlich als auch mündlich mitgeteilten Informationen erhalten und verstanden. Ich unterziehe mich der Dauerhaften Haarentfernungsbehandlung freiwillig und auf eigene Verantwortung.

Kunde/In: _____ Behandler: _____

Ich stimme vorab zu, dass während und nach dem Eingriff Fotos gemacht werden, die für Studien oder Werbezwecken verwendet werden dürfen.

_____ Datum _____
Unterschrift Kunde/In