

Secret Pain Orhan GmbH

Einverständniserklärung

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

Ich, der 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. Es fühlt sich an wie feine Stiche oder ähnlich wie wenn man ein Gummi auf die Haut spicken lässt. Unmittelbar nach der Laserbehandlung kann die Hautstelle eine rötliche Färbung zeigen. Eine Quaddel/Blasenbildung, leichte Schwellung und Juckreiz können auftreten. Diese Veränderungen sind normalerweise innert wenigen Tagen vollständig verschwunden. Die weitere Kühlung mit CoolPacks etc. ist empfehlenswert. Ebenfalls soll die behandelte Hautstelle mit Aloa Vera oder einem anderen Kühlgel 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.

Eine Narbe kann sich bilden wenn die äussere Haut verletzt wird und eine Entzündung entsteht. Nach der Laserbehandlung ist sie allerdings sehr selten. Eine gute Nachbehandlung kann die Möglichkeit einer Narbenbildung verhindern.

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 Sicherheitsstandards für kosmetische-ästhetische Lasertheraphien.

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.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder den Therapeuten oder die Gesellschafter, Eigentümer, Betreiber, beratende Dermatologen, Personal, den Laserschutzbeauftragten oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. 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 meines Ansprechens auf die Behandlung verwendet.

Ich weiss, dass die Kosten für die Laserbehandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden und selbst bezahlen muss.

Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung in bar oder per Maestro oder Kreditkarte.

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

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobile:
Email:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Körpergrösse:	Gewicht:
Empfehlung durch:	

Secret Pain Orhan GmbH

1. Hattest du schon einmal eine Laserbehandlung zur Haarreduktion? Wann und bei wem?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

2. Nimmst du Medikamente ein? (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel wie Aspirin, Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Medikamente die gegen Licht sensibilisieren wie Tetracycline oder Roaccutan, Hormone, Vitamine A und E)

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

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

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

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

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

5. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetis) oder wichtiger Organe bekannt? (z.B Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem)

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

6. Hast du oder hattest du bereits Gelbsucht?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

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

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

8. Treten bei dir immer wieder Lippenbläschen (Herpes) auf oder ist bei dir schon eine Gürtelrose aufgetreten?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

9. Besteht ein akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

10. Kam es früher bei Wunden zu Eiterungen, verzögerter Heilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer ungewöhnlich starken Narbenbildung?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

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

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

Secret Skin Orhan GmbH

12. Leidest du unter Ekzemen, Weissflecken oder Schuppenflechte (Neurodermitis, Psoriasis)?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

13. Wirst du zurzeit wegen Akne behandelt?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

14. Leidest du unter anderen Hautauffälligkeiten (Muttermalen, Warzen, Haarausfall, etc.)?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

15. Leidest du unter Hypo/Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

16. Hast du häufig Infektionen?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

17. Leidest du unter verstärkter Lichtempfindlichkeit oder hast du eine Sonnen-/Lichtallergie?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

18. Leidest du unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

19. Rauchst du regelmässig und trinkst du regelmässig Alkohol oder bist du von Drogen oder Medikamenten abhängig? Wenn ja, welche?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

20. Hast du Silikon Implantationen, Faltenunterspritzungen oder hast du kürzlich eine Fruchtsäurenbehandlung machen lassen?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

21. Hattest du kürzlich eine Chemo-, Strahlentherapie oder eine starke UV-Bestrahlung?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

22. Frauen im gebärfähigen Alter: Könntest du schwanger sein?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

23. Hast du eine fachärztliche (Dermatologie) Abklärung und Freigabe der zu behandelnden Körperstelle? Bei welchem Arzt und wann?

Nein..... Ja..... Wann und wie oft.....

Secret Pain Erhan GmbH

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 Unterzeichnende bestätigt, dass er ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, seine Entscheidung zu überdenken und keine weiteren Fragen mehr vorhanden sind.

Ort und Datum:.....

Vorname und Name in Blockschrift:

Unterschrift Kunde: