

## **Hyaluronapplikation mittels IRI® Pen Nadelfreies Hyaluronapplikations-System (Non-invasive Behandlungsform)**

### **Bitte vor der Behandlung ausfüllen:**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

### **Aufklärung**

Bei der Druckapplikation wird mit mechanischem Druck Hyaluronsäure nadellos auf der Haut appliziert. Diese Anwendung kann als leichter Druckschmerz empfunden werden.

**Anwendungsbereiche :** Nasolabialfalte + Lippen + Falten unterm Jochbein

### **Wenn Sie eine dieser Fragen mit JA beantworten können, dürfen die KEINE Behandlung in Anspruch nehmen. Bitte zutreffendes ankreuzen:**

Sind Sie schwanger oder befinden Sie sich in der Stillzeit?	NEIN	JA
Haben Sie Blutverdünner eingenommen?	NEIN	JA
Haben Sie zurzeit lokale Entzündungen oder offene Läsionen, die den zu behandelnden Bereich befallen?	NEIN	JA
Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung?	NEIN	JA
Nehmen Sie Kortison?	NEIN	JA
Haben Sie Venenentzündungen?	NEIN	JA
Haben Sie medizinische Transplantate/ Implantate im Bereich des Behandlungsgebietes?	NEIN	JA
Wurde vor kurzem ein schwerwiegender chirurgischer Eingriff vorgenommen?	NEIN	JA
Leiden Sie an einer schweren Herzerkrankung?	NEIN	JA
Leiden Sie an Diabetes?	NEIN	JA
Haben Sie eine Hautkrankheit, aktive Herpes, Psoriasis, Vulgaris?	NEIN	JA

### **Nachbehandlung: siehe Info Blatt**

### **Aufklärung über die Art des Eingriffs**

Am \_\_\_\_\_ wurde ich in einem persönlichen Gespräch mit \_\_\_\_\_ über Art, Zweck und Hergang der oben beschriebenen Behandlung aufgeklärt. Aufgrund der Aufklärung ist mir bekannt, dass selbst bei fachgerechter Durchführung der Behandlung die folgenden Risiken und Nebenwirkungen bestehen: Aufgrund des Aufklärungsgesprächs ist mir bekannt, dass eine Erfolgsgarantie nicht zu 100% gegeben werden kann. Dennoch wünsche ich die Durchführung der oben näher bezeichneten Behandlung.  
Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, mich zu entscheiden, und habe keine weiteren Fragen mehr. Die von mir gestellten Fragen wurden alle vollständig und für mich verständlich beantwortet.

## **Nebenwirkungen :**

Die Behandlung wird als unbedenklich eingestuft, wenn die Druckapplikation sachgemäß angewendet wird. Bei der Behandlung kann ein leichter Druckschmerz entstehen. Nach der Behandlung können vorübergehend leichte Rötungen oder Schwellungen entstehen. Außerdem können kleine Hämatome oder eine leichte Punktblutung entstehen, die sich in der Regel nach 1-2 Tagen gelegt haben.

Wir garantieren und haften für keine Ergebnisse.

Wenn Ihnen diese oben aufgeführten Kontraindikationen nicht 100%ig bewusst oder bekannt sind, klären Sie diese zuvor auf alle Fälle mit Ihrem Arzt ab. Wir wenden die beschriebene Behandlung ausschließlich im ästhetischen und kosmetischen Bereich an.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass von aus kein Heilversprechen oder Heilaussage beabsichtigt ist und keine Heilung, Behandlung oder Linderung von Beschwerden oder einer Erkrankung angeboten oder versprochen wird.

Sollten Unsicherheiten auftauchen, ist es sicherlich von Vorteil und empfohlen, diese Anwendung oder etwaige Kontraindikationen, wenn diese Ihnen nicht sicher bekannt sind, vorab von ihrem Arzt abklären und bestätigen zu lassen.

Mein Behandler/in hat mich mit ausreichenden Informationen zur Behandlung versorgt, sodass ich eine informierte Entscheidung treffen kann und die vorhandenen Risiken verstehen können. Mir wurde die Gelegenheit gegeben, alle eventuell vorhandenen Fragen bezüglich der Behandlung zu stellen. Er/Sie hat diese Fragen nach bestem Vermögen beantwortet und ich habe die Antworten verstanden.

Mir wurde ausreichend Zeit gelassen, um mich selbstständig zu entscheiden, ob ich die ästhetische Behandlung durchführen lassen möchte.

Alle relevanten Informationen zu meiner medizinischen Vorgeschichte wurde von mir ehrlich aufgeführt. Sollte etwas Ungewöhnliches passieren setze ich mich unverzüglich mit dem behandelnden Institut in Verbindung! Ich habe die oben genannten Informationen durchgelesen und erteile mein Einverständnis, die Behandlung nach eigenem freien Ermessen durchführen zu lassen.

## **Datenschutz**

Nach der Datenschutzverordnung DSGVO, 6 Abs.1b, werden Sie hiermit durch \_\_\_\_\_, darauf hingewiesen, dass Ihre persönlichen Daten zu Zwecken der Terminabsprache bzw. Bestätigung der Behandlungen und oder Schulungen und dessen Besonderheiten (schriftlich auf Papier, WhatsApp, Facebook Messenger), das Erbringen meiner angebotenen Dienstleistungen erfasst und hinterlegt werden.

Diese Daten können selbstverständlich auf Wunsch eingesehen und jederzeit auf Widerruf gelöscht werden. Ihre Daten werden an KEINERLEI Dritte übermittelt.

Über das schriftliche Abspeichern meiner persönlichen Daten wurde ich in vollem Umfang von \_\_\_\_\_ informiert und willige der Datenspeicherung ein.

**Datum / Ort /** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Kunden** \_\_\_\_\_