

## Kunden Informationsblatt zur Needling-Behandlung

Dieser Bogen dient zur Erfassung Ihrer persönlichen Daten und Ihrer gesundheitlichen Disposition. Bitte alle Punkte nach bestem Wissen und Gewissen ausfüllen, nicht Zutreffendes bitte streichen oder mit „nein“ beantworten, selbst unterzeichnen.

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Behandlung: \_\_\_\_\_

### Keine Durchführung der Needling-Behandlung bei nachfolgenden Kontraindikationen:

Aktive Akne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ekzemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rosacea	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonnenbrand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhte Muttermale/Warzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Akute Erkrankungen/Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautallergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautkrebs im Gesicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hämophilie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme blutverdünnender Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die hier aufgeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### Ich habe folgende Allergie(en)/ bin allergisch gegen:

.....

### Ich habe folgende Behandlungen, wie z. B. Fruchtsäure, Mikrodermabrasion, Laser, Hyaluron-oder Botoxunterspritzungen im Vorfeld machen lassen (Datum angeben):

.....

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß und korrekt beantwortet. Sollten sich Nachteile aus unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung für die Behandlung oder das Behandlungsergebnis ergeben, gehen diese nicht zu Lasten des behandelnden Instituts. Schmerzensgeldforderungen sind nicht berechtigt.

Ich wurde auf die erhöhte Sonnenempfindlichkeit der Haut und auf die Nachsorgeempfehlung (Sonnenschutz und Heilsalbe auftragen) aufmerksam gemacht.

Ich wurde vom Institut darauf hingewiesen, dass es zu Nebenwirkungen wie z.B. zu Rötungen, Schwellungen, Reizungen, Schmerzempfindungen kommen kann. Ich habe alle Informationen durchgelesen und wünsche die Behandlung auf eigene Verantwortung. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Datum, Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich erteile die Erlaubnis, dass Fotografien angefertigt werden, die zur Marketingzwecken genutzt werden dürfen.

Datum, Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_