

Einverständniserklärung Microneedling

Ich, _____ (Vor- und Nachname des Kunden/Patienten), erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer Microneedling-Behandlung durch _____ (Name des Behandlers).

Ich habe die Informationen über die Microneedling-Behandlung erhalten und verstanden, dass es sich um eine kosmetische Behandlungsmethode handelt, bei der feine Nadeln in die Haut eingeführt werden, um die Kollagenproduktion anzuregen und das Hautbild zu verbessern.

Ich habe folgende Informationen erhalten und verstanden:

- Die Microneedling-Behandlung kann Rötungen, leichte Schwellungen und vorübergehende Hautirritationen verursachen.
- Es besteht ein geringes Risiko von Infektionen oder Narbenbildung.
- Es wird empfohlen, nach der Behandlung Sonnenlicht und intensive Hitze zu vermeiden.
- Es wird empfohlen, nach der Behandlung keine Make-up-Produkte oder andere potenziell irritierende Substanzen auf die behandelte Hautpartie aufzutragen.
- Es wird empfohlen, die Haut nach der Behandlung mit empfohlenen Pflegeprodukten zu behandeln.
- Die Ergebnisse können bei jedem Individuum unterschiedlich sein und hängen von verschiedenen Faktoren wie Hauttyp, Hautzustand und individuellen Reaktionen ab.

Ich habe keine der folgenden Bedingungen:

- Offene Wunden im Behandlungsbereich
- Aktive Akne oder Rosacea im Behandlungsbereich
- Infektionskrankheiten oder Hauterkrankungen im Behandlungsbereich
- Blutungsstörungen oder die Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten
- Sonnenbrand oder Sonnenallergie
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Hautkrebs oder andere bösartige Hautveränderungen
- Aktive Strahlentherapie oder Chemotherapie
- Schlecht kontrollierte Diabetes
- Autoimmunerkrankungen

Ich habe meinen Behandler über alle meine aktuellen Medikamente, Allergien oder anderen gesundheitlichen Bedingungen informiert.

Ich verstehe, dass Microneedling möglicherweise nicht für jeden geeignet sein kann und dass bestimmte Risiken und Nebenwirkungen auftreten können. Ich

bin mir der möglichen Ergebnisse, Risiken und Nebenwirkungen bewusst und erkläre mich dennoch freiwillig mit der Durchführung der Microneedling-Behandlung einverstanden.

Ich habe die Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen und alle Bedenken zu klären, die ich bezüglich der Microneedling-Behandlung haben könnte. Ich wurde über Alternativen zur Microneedling-Behandlung informiert und habe mich dennoch für diese Behandlung entschieden.

Ich erkläre hiermit, dass ich die Informationen und Erläuterungen vollständig verstanden habe und dass ich die Verantwortung für meine Entscheidung zur Durchführung der Microneedling-Behandlung trage.

Unterschrift des Kunden/Patienten

Datum