

# Körperkonturierungszustimmung

Aufgeklärte Zustimmung für nicht-invasive Körperkonturierung einschließlich Kryolipolyse, elektromagnetischer Muskelstimulation, Radiofrequenz und Ultraschall-Fettreduktion

## Kundeninformationen

Vorname \*

Nachname \*

E-Mail-Adresse \*

Telefonnummer \*

Geburtsdatum \*

TT / MM / JJJJ

## Behandlungsdetails

Behandlungstyp \*

☐ Kryolipolyse (Fettgefrieren)

☐ Elektromagnetische Muskelstimulation (EMS)

☐ Radiofrequenz / Ultraschall-Fettreduktion

☐ Kombination

Behandlungsbereiche \*

☐ Bauch

☐ Flanken / Liebesgriffe

☐ Oberschenkel

☐ Arme

☐ Gesäß

☐ Unter dem Kinn

☐ Rücken / BH-Linie

Aktuelles Gewicht

Gewichtsveränderung in den letzten 6 Monaten

Hatten Sie bereits Körperkonturierungsbehandlungen? \*

☐ Ja

☐ Nein

## Medizinische Vorgeschichte

Sind Sie schwanger, versuchen zu konzipieren oder stillen? \*

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eines der folgenden Probleme?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, RA, MS, etc.)
- ☐ Blutgerinnungsstörung oder Blutverdünner
- ☐ Diabetes
- ☐ Vorgeschichte von Keloiden oder hypertrophen Narben
- ☐ Krebs (derzeit oder in den letzten 5 Jahren)
- ☐ Immunsupprimiert / Immunstörung
- ☐ Keine der oben genannten

Haben Sie Kryoglobulinämie, Kälteagglutinin-Krankheit oder paroxysmale Kälte-Hämoglobinurie? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie das Raynaud-Phänomen, Kälte-Urtikaria oder extreme Kälteempfindlichkeit? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder implantierten elektronischen Geräte? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie Metallimplantate, ein Kupfer-IUP oder Metall in der Nähe des Behandlungsbereichs? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie einen Bruch im oder in der Nähe des Behandlungsbereichs? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation im Behandlungsbereich? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie Epilepsie oder eine Anfallsstörung? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Haben Sie offene Wunden, Ausschlag, Infektion oder Krampfadern im Bereich? \*

- ☐ Ja    ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Anästhetika)

## Risiken & Komplikationen

**Mögliche Risiken und Komplikationen:**

- Rötung, Schwellung, Bluterguss, Taubheit, Kribbeln und Zärtlichkeit im behandelten Bereich für Tage bis Wochen
- Muskelkater nach EMS, ähnlich wie nach einem intensiven Training
- Hautunregelmäßigkeit, Konturasymmetrie oder ungleichmäßige Fettreduktion
- Paradoxe Adipose Hyperplasie — eine seltene Vergrößerung des Fetts im behandelten Bereich Monate nach Kryolipolyse, die möglicherweise eine chirurgische Korrektur erfordert
- Erfrierungen, Verbrennungen oder Blasenbildung (selten)
- Verspäteter Schmerzbeginn — Nervenschmerzen, die Tage nach der Behandlung beginnen, normalerweise innerhalb von Wochen abklingend
- Hernienbildung oder Verschlimmerung durch EMS oder Saugbehandlung
- Ergebnisse variieren und Fettreduktion pro Sitzung ist bescheiden (typischerweise 20–25% des Fetts im behandelten Bereich bei Kryolipolyse); eine Serie von Sitzungen ist häufig

Körperkonturierung ist keine Gewichtsabnahmehandlung. Stabiles Gewicht, Flüssigkeitszufuhr und körperliche Aktivität unterstützen die Ergebnisse.

Ich verstehe, dass Körperkonturierung lokalisierte Fett- oder Muskeltonbehandlung ist, dass sichtbare Ergebnisse über 2–3 Monate entstehen, dass mehrere Sitzungen erforderlich sein können, und dass kein spezifisches Ergebnis garantiert wurde.

Ich verstehe, dass dies kein Gewichtsverlust ist und die Ergebnisse variieren: \_\_\_\_\_

Ich verstehe das seltene Risiko der paradoxen Adipose Hyperplasie nach Kryolipolyse, Verspäteter Schmerzbeginn, Verbrennungen und Konturunregelmäßigkeit, und ich habe alle Implantate, Hernien oder kälteassoziierte Erkrankungen angegeben.

Ich verstehe das seltene Risiko der paradoxen Adipose Hyperplasie und anderer Komplikationen: \_\_\_\_\_

## Fotofreigabe

Dürfen wir Vor- und Nachher-Fotos für Ihre Behandlungsakte machen? \*

- ☐ Ja — nur für meine Krankenakte
- ☐ Ja — und Sie dürfen sie anonym für Marketing verwenden
- ☐ Nein

## Serviceprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

|           | Datum | Bereich | Gerät / Applikator / Einstellungen | Notizen |
|-----------|-------|---------|------------------------------------|---------|
| Eintrag 1 |       |         |                                    |         |
| Eintrag 2 |       |         |                                    |         |
| Eintrag 3 |       |         |                                    |         |
| Eintrag 4 |       |         |                                    |         |
| Eintrag 5 |       |         |                                    |         |
| Eintrag 6 |       |         |                                    |         |

## Zustimmung & Unterschrift

Ich erkläre mich freiwillig zur nicht-invasiven Körperkonturierungsbehandlung bereit. Ich bin über Vorteile, Risiken, Alternativen und mögliche Komplikationen informiert worden. Ich verstehe, dass dies ein optionales kosmetisches Verfahren ist, dass es keinen Ersatz für Gewichtsverlust darstellt, und dass keine Ergebnisgarantie gegeben wurde. Ich entbinde den Anbieter und die Praxis von Haftung im Zusammenhang mit dieser Behandlung, außer in Fällen von Fahrlässigkeit.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung gebe.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckschrift

Datum \*

\_\_\_\_\_  
TT / MM / JJJJ

### Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.  
Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.