

Einwilligung zur Auflösung von Hyaluronsäure-Filler (Hyaluronidase)

Aufgeklärte Einwilligung zur Auflösung von Hyaluronsäure-Filler mit Hyaluronidase, einschließlich Allergie-Screening und Möglichkeit unvollständiger oder Über-Korrektur

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Bereiche, die aufgelöst werden sollen *

☐ Lippen

☐ Wangen / Mittelteil des Gesichts

☐ Unter dem Auge / Tränenrinne

☐ Kinn / Kieferlinie

☐ Nase

☐ Sonstiges

Grund für die Auflösung *

☐ Ästhetisch – unzufrieden mit dem Ergebnis

☐ Migration oder Unebenheiten

☐ Vermutete vaskuläre Komplikation (dringend)

☐ Vorbereitung auf eine neue Behandlung

Welcher Filler wurde gespritzt, wo und wann?

Haben Sie bereits Hyaluronidase erhalten? *

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, hatten Sie eine Reaktion?

Medizinische Vorgeschichte

Sind Sie schwanger, versuchen zu konzipieren oder stillen? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, RA, MS, etc.)
- ☐ Blutungsstörung oder nimmt Blutverdünner
- ☐ Diabetes
- ☐ Geschichte von Keloiden oder hypertrophischen Narben
- ☐ Krebs (aktuell oder in den letzten 5 Jahren)
- ☐ Immunsupprimiert / Immunstörung
- ☐ Keine der obigen Optionen

Sind Sie allergisch gegen Bienen- oder Wespenstiche? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie jemals auf Hyaluronidase oder ein Produkt, das es enthält, reagiert? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in diesem Bereich einen nicht-Hyaluronsäure- oder Permanent-Filler (z.B. Radiesse, Sculptra, Silikon)? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Betäubungsmittel)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Allergische Reaktion, einschließlich Nesselsucht, Schwellungen oder in seltenen Fällen Anaphylaxie (möglicherweise wird zuerst ein Pflaster-Test durchgeführt)
- Über-Auflösung – der Verlust Ihrer eigenen natürlichen Hyaluronsäure kann zu vorübergehender Aushöhlung oder Erschlaffung führen, die normalerweise innerhalb von Wochen abheilt
- Unvollständige Auflösung – möglicherweise sind mehr als eine Sitzung erforderlich
- Blutergüsse, Schwellungen, Druckempfindlichkeit an den Injektionsstellen
- Asymmetrie während die Stelle abheilt
- Infektion (selten)

Nur Hyaluronsäure-Filler können aufgelöst werden. Die Ergebnisse einer zukünftigen Wiederbehandlung sind nicht garantiert, und das Nachfüllen wird normalerweise um mindestens 2 Wochen aufgeschoben.

Ich verstehe, dass Hyaluronidase mehr oder weniger Filler als beabsichtigt auflösen kann, dass sich mein natürliches Gewebivolumen vorübergehend verändern kann und dass zusätzliche Sitzungen oder spätere Wiederbehandlung erforderlich sein können.

Ich verstehe, dass die Behandlung über- oder unterkorrigiert werden kann: _____

Ich verstehe, dass Hyaluronidase ein Enzym ist, das allergische Reaktionen auslösen kann, und dass ich Juckreiz, Nesselsucht, Gesichtsschwellungen oder Atemprobleme sofort melden muss.

Ich verstehe das Risiko einer allergischen Reaktion: _____

Fotofreigabe

Dürfen wir Vorher-Nachher-Fotos für Ihre Behandlungsakte anfertigen? *

- ☐ Ja – nur für meine medizinische Akte
- ☐ Ja – und Sie dürfen sie anonym zu Marketingzwecken verwenden
- ☐ Nein

Service-log

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Produkt / Chargennummer	Dosis / Volumen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich stimme freiwillig der Hyaluronidase-Injektion zur Auflösung von Hyaluronsäure-Filler zu. Ich bin über die Vorteile, Risiken, Alternativen und möglichen Komplikationen informiert worden. Ich verstehe, dass keine Garantie für das endgültige Erscheinungsbild des behandelten Bereichs gegeben wurde, dass möglicherweise ein Pflaster-Test durchgeführt wird und dass ich möglicherweise weitere Sitzungen benötige. Ich entlaste den Anbieter und die Praxis von der Haftung im Zusammenhang mit dieser Behandlung, außer in Fällen von Fahrlässigkeit.

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Informationen gelesen habe und diese verstanden habe, und erteile meine informierte Zustimmung.

Ich habe die oben genannten 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.