

Einwilligung zur Haarwiederherstellung (PRP / Transplantation)

Aufklärung und Einwilligung für Haarwiederherstellungsbehandlungen einschließlich PRP-Kopfhautinjektionen, Microneedling und follikulärer Einheiten-Extraktion

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Behandlung *

- ☐ PRP-Kopfhautinjektionen
- ☐ PRP mit Microneedling
- ☐ Follikuläre Einheiten-Extraktion (FUE) Transplantation
- ☐ FUE Augenbrauen-/Bart-Transplantation
- ☐ Exosomen- oder Wachstumsfaktor-Therapie
- ☐ Andere

Bereiche *

- ☐ Wirbel (Scheitelbereich) ☐ Haaransatz / Schläfen ☐ Diffuses Ausdünnen
- ☐ Augenbrauen ☐ Bart ☐ Narbenabdeckung

Wie lange bemerken Sie bereits Haarausfall? *

- ☐ Weniger als 1 Jahr ☐ 1-5 Jahre ☐ Mehr als 5 Jahre

Wurde die Ursache Ihres Haarausfalls von einem Arzt diagnostiziert? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Bisher ausprobierte Behandlungen (Minoxidil, Finasterid, Nahrungsergänzungsmittel, frühere PRP- oder Transplantationsbehandlung)

Krankengeschichte

Sind Sie schwanger, versuchen Sie schwanger zu werden, oder stillen Sie? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, RA, MS usw.)
- ☐ Blutgerinnungsstörung oder Einnahme von Blutverdünnern
- ☐ Diabetes
- ☐ Vorgeschichte von Keloid- oder hypertropher Narbenbildung
- ☐ Krebs (aktuell oder innerhalb der letzten 5 Jahre)
- ☐ Immunsupprimiert / Immunstörung
- ☐ Keines der oben genannten

Haben Sie eine aktive Kopfhautinfektion, Schuppenflechte, Follikulitis oder offene Wunden? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Alopecia areata, vernarbende Alopezie oder eine autoimmune Haarerkrankung? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Thrombozyten- oder Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie Blutverdünner ein? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Isotretinoin (Accutane) eingenommen? *

☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie oder konsumieren Sie Nikotin über E-Zigaretten (Vaping)? *

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? *

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Anästhetika)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Empfindlichkeit, Schwellung und blaue Flecken der Kopfhaut über mehrere Tage; Stirnschwellung nach Behandlung des Haaransatzes
- Blutungen an Injektions- oder Entnahmestellen
- Infektion oder Follikulitis
- Vorübergehender Ausfall vorhandener Haare (Schockverlust) 2-8 Wochen nach der Behandlung, meist mit Erholung
- Taubheitsgefühl oder veränderte Empfindung der Kopfhaut, meist vorübergehend
- Kleine punktförmige Narben im Entnahmebereich nach FUE; sichtbare Ausdünnung des Entnahmebereichs bei übermäßiger Entnahme
- Schlechte Transplantatanheilung, unnatürlicher Haaransatz oder ungleichmäßige Dichte, was weitere Sitzungen erfordern kann
- Zysten oder eingewachsene Haare an Transplantatstellen
- Keine Reaktion — PRP-Ergebnisse variieren und erfordern eine Serie von 3-4 Sitzungen sowie Erhaltungsbehandlungen; Haarausfall setzt sich in unbehandelten Bereichen fort

Ergebnisse werden nach 3-6 Monaten (PRP) bzw. 9-12 Monaten (Transplantation) sichtbar.

Ich verstehe, dass die Ergebnisse der Haarwiederherstellung graduell auftreten, zwischen Personen variieren, eine Serie von Behandlungen und eine fortlaufende medizinische Therapie erfordern können und dass keine bestimmte Dichte oder Abdeckung garantiert wurde.

Ich verstehe, dass die Ergebnisse variieren und Monate dauern: _____

Ich verstehe die Risiken von Blutungen, Infektionen, Schockverlust, Narbenbildung, Taubheitsgefühl und schlechter Transplantatanheilung, und dass ich alle Medikamente, Kopfhauterkrankungen und Nikotinkonsum offengelegt habe.

Ich verstehe die chirurgischen und Injektionsrisiken: _____

Fotoerlaubnis

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

- ☐ Ja — nur für meine medizinische Akte
- ☐ Ja — und Sie dürfen sie anonymisiert für Marketingzwecke verwenden
- ☐ Nein

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Behandlung / Grafts / Volumen	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				

	Datum	Bereich	Behandlung / Grafts / Volumen	Notizen
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich willige freiwillig in die oben ausgewählte Haarwiederherstellungsbehandlung ein. Ich wurde über die Vorteile, Risiken, Alternativen (einschließlich medizinischer Therapie und Verzicht auf Behandlung) und mögliche Komplikationen aufgeklärt. Ich verstehe, dass es sich um einen elektiven Eingriff handelt und keine Ergebnisgarantie gegeben wurde. Ich entbinde den Behandler und die Praxis von der Haftung im Zusammenhang mit dieser Behandlung, außer in Fällen von Fahrlässigkeit.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe, und erteile meine informierte Einwilligung.

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.