

Einverständniserklärung zur Laser-Hautresurfacing-Behandlung

Einverständniserklärung für ablative und nicht-ablative Laser-Resurfacing-Behandlungen, einschließlich fraktioniertem CO2-Laser, Erbium-Laser und Carbon-Laser-Peeling

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Behandlungsart *

☐ Fraktionierter CO2-Laser (ablativ)

☐ Erbium-Laser (ablativ)

☐ Nicht-ablativ fraktioniert (z. B. 1540/1550 nm)

☐ Carbon-Laser-Peeling

☐ Andere

Behandlungsbereiche *

☐ Gesamtes Gesicht

☐ Augenpartie

☐ Mundpartie

☐ Hals

☐ Dekolleté

☐ Hände

☐ Narben (bitte unten angeben)

Ziele

☐ Falten und feine Linien

☐ Aknenarben

☐ Sonnenschäden / Pigmentierung

☐ Hautstruktur und Poren

☐ Hauterschlaffung

Hatten Sie bereits eine Laser-Resurfacing-Behandlung, ein Tiefenpeeling oder eine Dermabrasion? *

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, wann und wie hat Ihre Haut reagiert?

Medizinische Vorgeschichte

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 Keloiden oder hypertrophen Narben
- ☐ Krebs (aktuell oder innerhalb der letzten 5 Jahre)
- ☐ Immunsupprimiert / Immunerkrankung
- ☐ Nichts davon zutreffend

Haben Sie in den letzten 6–12 Monaten Isotretinoin (Accutane) eingenommen? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Vorgeschichte von Lippenherpes (Herpes simplex)? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie derzeit Akne, eine Infektion oder offene Wunden im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie in den letzten 4 Wochen der Sonne ausgesetzt, im Solarium oder haben Sie Selbstbräuner verwendet? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Melasma oder eine Vorgeschichte von Pigmentveränderungen nach Hautverletzungen? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Vitiligo, Psoriasis oder Ekzeme im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie eine Strahlentherapie im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Betäubungsmittel)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Rötung, Schwellung, Nässen und Krustenbildung über mehrere Tage (ablativ) oder 1–3 Tage (nicht-ablativ); Rötungen können über Wochen anhalten
- Schmerzen oder Brennen während der Heilung
- Infektion — bakteriell, viral (Herpesausbruch) oder durch Pilzbefall
- Hyperpigmentierung — Dunkelfärbung, häufig bei gebräunter oder dunklerer Haut, verblasst meist über mehrere Monate
- Hypopigmentierung — Aufhellung, die dauerhaft sein kann, insbesondere bei tiefer ablativer Behandlung
- Anhaltende Rötung, Milien oder Akneausbruch
- Narbenbildung, einschließlich strukturierter oder verdickter Narben (selten)
- Augenverletzung ohne Schutzbrille
- Abgrenzungslinien zwischen behandelter und unbehandelter Haut

Strikte Vermeidung von Sonnenlicht und LSF 30+ für 4 Wochen vor und 8 Wochen nach der Behandlung sind unerlässlich. Ablative Resurfacing-Behandlungen erfordern eine Wundpflegeroutine über 5–10 Tage sowie eine Auszeit von der Arbeit.

Ich verstehe den erwarteten Heilungsverlauf, dass ich die Anweisungen zur Wundpflege und zum Sonnenschutz genau befolgen muss und dass die Heilung länger dauern kann als beschrieben.

Ich verstehe die Ausfallzeit und Wundpflege: _____

Ich verstehe, dass vorübergehende oder dauerhafte Aufhellung oder Dunkelfärbung der Haut, anhaltende Rötungen und Narbenbildung möglich sind, insbesondere bei kürzlicher Sonnenexposition, Isotretinoin-Einnahme oder einer Vorgeschichte von Pigmentveränderungen.

Ich verstehe, dass Pigmentveränderungen und Narbenbildung möglich sind: _____

Foto-Freigabe

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

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

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Gerät / Energie / Dichte	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einverständnis & Unterschrift

Ich willige freiwillig in die Laser-Hautresurfacing-Behandlung ein. Ich wurde über die Vorteile, Risiken, Alternativen und möglichen Komplikationen aufgeklärt, einschließlich Infektion, Pigmentveränderung und Narbenbildung. Mir ist bewusst, dass es sich um einen elektiven kosmetischen Eingriff handelt und keine Garantie für das Ergebnis 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.