

Neurotoxin-Zustimmung (Botox/Dysport)

Informierte Zustimmung für Neurotoxin-Injektionen einschließlich Botox, Dysport, Xeomin und Jeuveau

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsinformationen

Neurotoxin-Produkt *

- ☐ Botox (Onabotulinumtoxin A) ☐ Dysport (Abobotulinumtoxin A) ☐ Xeomin (Incobotulinumtoxin A)
☐ Jeuveau (Prabotulinumtoxin A)

Behandlungsbereiche *

- | | |
|--|---|
| ☐ Glabella (zwischen den Augenbrauen) | ☐ Stirnfalten |
| ☐ Krähenfüße (um die Augen) | ☐ Falten auf dem Rücken der Nase |
| ☐ Lippenlifting | ☐ Kinngruben |
| ☐ Masseter (Kiefer-Slimming) | ☐ Platysma-Bänder (Hals) |
| ☐ Hyperhidrosis (übermäßiges Schwitzen) | ☐ Sonstiges |

Falls sonstiges, bitte präzisieren

Gesundheitliche Screening

Haben Sie Erkrankungen des Nervenzustimmungsystems (z. B. ALS, Myasthenia Gravis, Lambert-Eaton-Syndrom)? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie bereits Neurotoxin-Injektionen erhalten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, beschreiben Sie etwaige frühere unerwünschte Reaktionen

Sind Sie derzeit schwanger, stillen oder planen Sie, schwanger zu werden? *

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie derzeit Aminoglykosid-Antibiotika oder Blutverdünner? *

☐ Ja ☐ Nein

Risiken und Vorteile

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen:

Häufige Nebenwirkungen sind vorübergehende Rötungen, Schwellungen, Blutergüsse und leichte Beschwerden an den Injektionsstellen. Weniger häufige, aber mögliche Risiken sind:

- Ptose (Hängen des Augenlids oder der Augenbraue), in der Regel vorübergehend (2-6 Wochen)
- Asymmetrie, die eine Auffrischungsbehandlung erforderlich macht
- Kopfschmerzen nach der Behandlung
- Grippeähnliche Symptome für 24-48 Stunden
- Migration des Produkts in unbeabsichtigte Bereiche
- Allergische Reaktion (selten)
- Schluck- oder Atemstörungen, wenn das Produkt auswandert (sehr selten)

Ergebnisse sind in der Regel innerhalb von 3-14 Tagen sichtbar und halten 3-4 Monate an. Individuelle Ergebnisse können variieren. Auffrischungsbehandlungen können 2 Wochen nach der ersten Injektion empfohlen werden.

Mir wurden die möglichen Risiken und Nebenwirkungen der Neurotoxin-Behandlung mitgeteilt, einschließlich, aber nicht begrenzt auf Ptose, Asymmetrie, Blutergüsse und allergische Reaktion. Ich verstehe, dass Ergebnisse nicht garantiert sind.

Ich bestätige, die oben beschriebenen Risiken zur Kenntnis genommen zu haben: _____

Vor- und Nachbehandlungsanweisungen

Vor der Behandlung:

- Vermeiden Sie Blutverdünner (Aspirin, Ibuprofen, Fischöl) 7 Tage vor der Behandlung
- Vermeiden Sie Alkohol 24 Stunden vor der Behandlung
- Kommen Sie mit sauberer Haut und ohne Make-up

Nach der Behandlung:

- Reiben oder massieren Sie die behandelten Bereiche 24 Stunden lang NICHT
- Bleiben Sie 4 Stunden nach der Behandlung aufrecht
- Vermeiden Sie intensive Bewegung 24 Stunden lang
- Vermeiden Sie Saunen, Whirlpools und extreme Hitze für 48 Stunden
- Erhalten Sie 2 Wochen lang KEINE Gesichtsfacials oder andere Gesichtsbearbeitungen

Ich bestätige, dass ich die oben angegebenen Vor- und Nachbehandlungsanweisungen gelesen habe, diese verstehe und ihnen zustimme.

Ich habe die Vor- und Nachbehandlungsanweisungen gelesen und werde sie befolgen: _____

Serviceverlauf

Nur für den internen Gebrauch

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

Zustimmung und Unterschrift

Ich stimme der oben beschriebenen Neurotoxin-Injektionsbehandlung freiwillig zu. Mir wurde die Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich verstehe, dass die Medizin keine exakte Wissenschaft ist und mir keine Garantien hinsichtlich des Ergebnisses dieses Verfahrens gegeben wurden. Ich entbinde den Anbieter und die Praxis von jeglicher Haftung im Zusammenhang mit dieser Behandlung.

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.