

PDO Thread Lift Einwilligung

Informed consent for PDO, PLLA, and PCL thread lifting and smooth thread treatments of the face, neck, and body

Kundendaten

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Thread-Typ *

☐ Gehämmerte / Lifting-Fäden ☐ Glatte / Mono-Fäden ☐ Beide

Behandlungsbereiche *

☐ Mittleres Gesicht / Wangen ☐ Kinnlinie / Jowls ☐ Hals
☐ Augenbraue ☐ Nase ☐ Körper (Bauch, Arme, Knie)

Hatten Sie bereits Fäden? *

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann, wo und Probleme?

Haben Sie in den letzten 2 Wochen Filler oder Nervengift in dem Bereich erhalten? *

☐ Ja ☐ Nein

Medizinische Vorgeschichte

Sind Sie schwanger, versuchen zu konzipieren oder stillen? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eines der folgenden Beschwerden?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, RA, MS, etc.)
- ☐ Blutgerinnungsstörung oder Blutverdünner
- ☐ Diabetes
- ☐ Neigung zu Keloidbildung oder hypertrophischen Narben
- ☐ Krebs (derzeit oder in den letzten 5 Jahren)
- ☐ Immunsupprimiert / Immunstörung
- ☐ Keine der oben genannten

Haben Sie aktive Akne, Infektion oder Entzündung im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sehr dünne Haut oder deutliche Hauterschaffung? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie allergisch gegen Polydioxanon (PDO), Polymilchsäure oder andere Nahtmaterialien? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Planen Sie eine Gesichtschirurgie oder andere Gesichtsbehandlungen innerhalb von 6 Monaten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Blutverdünner oder haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Betäubungsmittel)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Schwellungen, Blutergüsse und Druckempfindlichkeit für 1–2 Wochen
- Dellungen, Falten oder Unebenheiten der Haut – normalerweise innerhalb von 2–3 Wochen abgeklungen; gelegentlich erforderliche Anpassung
- Sichtbare oder tastbare Fäden, besonders bei dünner Haut
- Fadenwanderung oder -extrusion – das Fadenende muss möglicherweise gekürzt oder entfernt werden
- Asymmetrie
- Infektion und entzündliche Reaktion
- Nerven- oder Speicheldrüsenverletzung – vorübergehende Taubheit oder Schmerzen (selten)
- Hämatom (Blutansammlung)
- Begrenzte oder kurzlebige Ergebnisse – Lifting-Fäden lösen sich über 6–12 Monate auf; der Lifting-Effekt ist bescheiden im Vergleich zur Chirurgie

Vermeiden Sie weites Mundöffnen, harte Lebensmittel kauen, Gesichtsmassage, Zahnarbeiten und Schlafen im Gesicht für 2 Wochen.

Ich verstehe, dass ein Thread-Lift ein subtiles, vorübergehendes Lifting bietet, das eine chirurgische Lifting nicht ersetzt, dass Fäden über Monate aufgelöst werden und dass wiederholte Behandlungen erforderlich sein können.

Ich verstehe, dass das Ergebnis bescheiden und vorübergehend ist: _____

Ich verstehe, dass Dellungen, sichtbare oder tastbare Fäden, Wanderung, Extrusion und Asymmetrie auftreten können und möglicherweise eine Nachbehandlung oder Fadenentfernung erforderlich ist.

Ich verstehe die Risiken von Dellungen, Sichtbarkeit und Wanderung: _____

Fotofreigabe

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

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

Serviceprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Fadensorte / Anzahl / Chargennummer	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich willige freiwillig in die Thread-Lift-Behandlung ein. Ich bin über die Vorteile, Risiken, Alternativen (einschließlich chirurgischer Lifting, Injektionen und Energiegeräten) und mögliche Komplikationen informiert worden. Ich verstehe, dass dies ein elektiver kosmetischer Eingriff mit vorübergehenden Ergebnissen ist und keine Erfolgsgarantie gegeben wurde. 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 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.