

PRP / Vampire Facial Einwilligung

Informed Consent für Platelet Rich Plasma Therapie und PRP Microneedling Behandlungen

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

PRP-Behandlungstyp *

☐ PRP-Gesichtsbehandlung (Vampire Facial — PRP + Microneedling)

☐ PRP-Injektionen (Gelenk, Kopfhaut oder Haut)

☐ PRP-Haarwiederherstellung

Behandlungsbereiche *

☐ Gesicht

☐ Hals

☐ Kopfhaut

☐ Unter den Augen

☐ Hände

☐ Gelenk (bitte angeben)

Gesundheitliche Überprüfung

Sind Sie derzeit schwanger oder stillen? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombozytenfunktionsstörung? *

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Blutverdünner oder NSAIDs (Aspirin, Ibuprofen)? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aktive Hautinfektionen oder Fieberbläschen im Behandlungsbereich? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aktiven Krebs oder durch Blut übertragbare Krankheiten? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Accutane eingenommen? *

☐ Ja ☐ Nein

Risiken & Erwartete Genesung

Über PRP-Behandlung:

PRP verwendet Ihr eigenes Blut, das entnommen, in einer Zentrifuge verarbeitet wird, um Blutplättchen zu konzentrieren, und dann durch Microneedling auf die Haut aufgetragen oder in Zielbereiche injiziert wird.

Mögliche Risiken:

- Blutergüsse, Rötungen und Schwellungen an der Blutentnahmestelle und dem Behandlungsbereich
- Schmerzen oder Unbehagen während der Behandlung
- Infektion (selten)
- Allergische Reaktion auf Betäubungscreme (PRP selbst verwendet Ihr eigenes Blut)
- Vorübergehende Hyperpigmentierung
- Knoten an Injektionsstellen (selten)
- Ergebnisse variieren — mehrere Sitzungen typischerweise erforderlich

Nachsorge:

- Vermeiden Sie es, den behandelten Bereich 6 Stunden lang zu berühren
- 24 Stunden lang kein Make-up
- Vermeiden Sie 48 Stunden lang Sonne, Bewegung und Sauna
- 72 Stunden lang keine Retinoide oder Peelings
- Halten Sie die Haut hydratisiert

Ich verstehe, dass PRP eine Blutentnahme und die damit verbundenen Risiken sowohl der Blutentnahme als auch der Behandlung beinhaltet. Ich bin einverstanden, fortzufahren.

Ich verstehe die Risiken und das Blutentnahmeverfahren: _____

Serviceprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Schritt	Detail	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich erkläre mich mit der oben beschriebenen PRP-Behandlung einverstanden, einschließlich der Blutentnahme. Ich verstehe die Risiken, Vorteile und Alternativen. Ich habe alle relevanten Gesundheitsinformationen offengelegt. Ich entlasse den Anbieter von der Haftung.

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.