

Einverständniserklärung für RF-Microneedling

Aufklärung und Einverständniserklärung für Radiofrequenz-Microneedling (Geräte vom Typ Morpheus8) mit Screening auf Implantate, Herzschrittmacher und Hautzustand

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Behandlungsbereiche *

☐ Gesicht

☐ Hals

☐ Kieferlinie / Submental

☐ Bauch

☐ Arme

☐ Oberschenkel / Gesäß

☐ Sonstiges

Ziele

☐ Hautstraffung

☐ Aknenarben

☐ Hautstruktur und Poren

☐ Dehnungsstreifen

☐ Reduktion von subdermalelem Fett

Hatten Sie schon einmal Microneedling- oder RF-Behandlungen? *

☐ Ja

☐ Nein

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 Keloiden oder hypertrophen Narben

☐ Krebs (aktuell oder in den letzten 5 Jahren)

☐ Immunsupprimiert / Immunerkrankung

☐ Nichts davon

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder ein anderes implantiertes elektronisches Gerät? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Metallimplantate, Platten oder Schrauben im oder in der Nähe des Behandlungsbereichs? *

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aktive Akne, eine Infektion, Lippenherpes oder offene Wunden im Bereich? *

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Filler, Neurotoxin oder Fäden im Bereich? *

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Melasma oder eine Vorgeschichte von postinflammatorischer Hyperpigmentierung? *

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen erhebliche Sonnenexposition oder Solariumbräune? *

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Betäubungsmittel)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Rötung, Schwellung und Wärmegefühl für 1–3 Tage; punktförmige Blutungen und leichte Krustenbildung sind zu erwarten
- Gittermuster durch das Nadelmuster, das innerhalb weniger Tage verblasst
- Blutergüsse, insbesondere bei Blutverdünnern oder Fischöl
- Hyperpigmentierung oder Hypopigmentierung, wahrscheinlicher bei gebräunter Haut, Melasma oder dunkleren Hauttypen
- Infektion oder Reaktivierung von Lippenherpes
- Verbrennungen, Blasenbildung oder Fettverlust bei zu hoher Energie (selten)
- Narbenbildung (selten)
- Nervenreizung — vorübergehendes Taubheitsgefühl oder Kribbeln (selten)

Die meisten Personen benötigen eine Serie von 3 Behandlungen im Abstand von 4–6 Wochen, wobei sich die Kollagenergebnisse über 3–6 Monate entwickeln. Vor der Behandlung wird eine Betäubungscreme aufgetragen.

Ich verstehe die zu erwartende Rötung, Schwellung, Gittermuster und punktförmige Blutungen sowie die selteneren Risiken von Pigmentveränderungen, Infektionen, Verbrennungen und Narbenbildung.

Ich verstehe die zu erwartende Ausfallzeit und die Risiken: _____

Ich bestätige, dass ich kein implantiertes elektronisches Gerät oder Metall im Behandlungsbereich habe und alle Medikamente, einschließlich Isotretinoin und Blutverdünner, offengelegt habe.

Ich habe Implantate und Medikamente offengelegt: _____

Fotoerlaubnis

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

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

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Tiefe / Energie / Durchgänge	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einverständnis & Unterschrift

Ich willige freiwillig in die Radiofrequenz-Microneedling-Behandlung ein. Ich wurde über die Vorteile, Risiken, Alternativen und möglichen Komplikationen aufgeklärt. Ich verstehe, dass es sich um einen elektiven kosmetischen Eingriff handelt, dass die Ergebnisse variieren und sich über Monate entwickeln, und dass keine Erfolgsgarantie 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.