

Einwilligung zur Entfernung von Muttermalen, Hautanhängseln & Läsionen

Aufklärung und Einwilligung zur kosmetischen Entfernung von Hautanhängseln, gutartigen Muttermalen und pigmentierten Läsionen mittels Radiofrequenz, Laser, Kryotherapie oder Shave-Exzision, mit einer Bestätigung bezüglich Pathologie

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Details zur Läsion

Was wird entfernt? *

- | | |
|---|--|
| ☐ Hautanhängsel | ☐ Muttermal (Nävus) |
| ☐ Seborrhoische Keratose / Altersfleck | ☐ Kirschangiom |
| ☐ Milien | ☐ Sonstiges |

Anzahl der Läsionen *

Lokalisation(en) *

Methode *

- | | |
|---|---|
| ☐ Radiofrequenz / Elektrokauterisation | ☐ Laser |
| ☐ Kryotherapie (Vereisung) | ☐ Shave-Exzision |
| ☐ Snip-Exzision | |

Hat sich die Läsion kürzlich in einer der folgenden Weisen verändert? *

- | | |
|--|--|
| ☐ In der Größe zugenommen | ☐ Farbe verändert oder mehrfarbig |
| ☐ Unregelmäßiger oder unebener Rand | ☐ Blutet, juckt oder verkrustet |
| ☐ Neu aufgetreten nach dem 30. Lebensjahr | ☐ Keine Veränderungen |

Wurde diese Läsion von einem Dermatologen oder Arzt untersucht? *

- ☐ 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 innerhalb der letzten 5 Jahre)
- ☐ Immunsuppression / Immunerkrankung
- ☐ Nichts davon

Haben Sie oder Ihre Familie eine Vorgeschichte von Melanom oder Hautkrebs? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein implantiertes elektronisches Gerät? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Neigen Sie zu Keloiden oder dicken Narben? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Nehmen Sie Blutverdünner ein? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Betäubungsmittel)

Risiken & Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Narbenbildung — jede Entfernung hinterlässt eine Spur, die flach, erhaben, heller oder dunkler als die umgebende Haut sein kann
- Hyperpigmentierung oder Hypopigmentierung an der Stelle, manchmal von Dauer
- Unvollständige Entfernung oder erneutes Wachstum, das eine zweite Behandlung erfordern kann
- Blutungen, Infektionen oder verzögerte Wundheilung
- Schmerzen oder Brennen während und nach der Behandlung
- Nervenreizung — vorübergehende Taubheit (selten)
- Übersehene Diagnose — eine kosmetische Entfernung ohne Pathologie bedeutet, dass die Läsion nicht unter dem Mikroskop untersucht wird; eine verdächtige oder sich verändernde Läsion sollte von einem Arzt untersucht werden und benötigt möglicherweise eine Biopsie

Halten Sie die Stelle wie angewiesen bedeckt und feucht, vermeiden Sie es, Krusten abzapfen, und verwenden Sie 3 Monate lang Sonnenschutz, um Verfärbungen zu reduzieren.

Ich verstehe, dass die Entfernung immer eine Spur hinterlässt, die heller, dunkler oder erhaben sein kann, und dass die Läsion zurückkehren und eine erneute Behandlung erfordern kann.

Ich verstehe, dass eine Narbe oder Pigmentveränderung zurückbleiben wird: _____

Ich verstehe, dass eine kosmetische Entfernung keine mikroskopische Untersuchung beinhaltet, sofern nicht ausdrücklich vereinbart, dass eine sich verändernde oder verdächtige Läsion zunächst von einem Dermatologen untersucht werden sollte, und dass ich die Fragen zur Läsion wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ich verstehe, dass diese Entfernung kosmetisch ist und die Läsion nicht pathologisch untersucht wird, sofern nicht anders vereinbart: _____

Foto-Freigabe

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

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

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Läsion / Lokalisation	Methode / Einstellungen	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich willige freiwillig in die kosmetische Entfernung der oben beschriebenen Läsion(en) ein. Ich wurde über den Nutzen, die Risiken, Alternativen (einschließlich ärztlicher Untersuchung und Biopsie) sowie mögliche Komplikationen, einschließlich Narbenbildung und Pigmentveränderungen, aufgeklärt. Ich verstehe, dass es sich um einen elektiven Eingriff handelt und 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 oben genannten 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.