

Hautstraffungs-Einwilligungserklärung (HIFU / RF / Ultraschall)

Informierte Einwilligungserklärung für nicht-chirurgische Hautstraffung mit hochfokussiertem Ultraschall, monopolarer Radiofrequenz und ähnlichen Energiegeräten

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Behandlungstyp *

- ☐ Hochfokussierter Ultraschall (HIFU) ☐ Monopolare Radiofrequenz
☐ Bipolare / multipolare RF ☐ Anderes Energiegerät

Behandlungsbereiche *

- ☐ Gesamtes Gesicht ☐ Unteres Gesicht / Kieferlinie
☐ Nacken ☐ Augenbrauen / Augen
☐ Décolletage ☐ Körper (Bauch, Arme, Oberschenkel, Knie)

Haben Sie bereits Hautstraffungs-Energiebehandlungen erhalten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 4 Wochen Filler, Neurotoxin oder Fäden im Behandlungsbereich erhalten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Medizinische Krankengeschichte

Sind Sie schwanger, versuchen schwanger zu werden oder stillen Sie? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eines der folgenden Leiden?

- ☐ Autoimmunerkrankung (Lupus, RA, MS, etc.)
- ☐ Blutgerinnungsstörung oder gerinnungshemmende Medikamente
- ☐ Diabetes
- ☐ Vorgeschichte von Keloid oder hypertrophen Narben
- ☐ Krebs (aktuell oder in den letzten 5 Jahren)
- ☐ Immungeschwächt / Immunstörung
- ☐ Nichts davon

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

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Metallimplantate, Platten oder Zahnimplantate im Behandlungsweg? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie permanente Filler, Implantate oder Fäden im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aktive Akne, Infektionen, Herpesbläschen oder offene Wunden im Behandlungsbereich? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Fazialislähmung, Gesichtsnervstörungen oder eine neuromuskuläre Erkrankung? *

- ☐ Ja ☐ Nein

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

- ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Allergien (Medikamente, Latex, Lidocain, Anästhetika)

Risiken und Komplikationen

Mögliche Risiken und Komplikationen:

- Rötung, Schwellung und Druckempfindlichkeit für Stunden bis Tage
- Kribbeln, Taubheit oder Nervenreizung – üblicherweise vorübergehend; selten anhaltend über Wochen (HIFU)
- Blutergüsse oder kleine Schwellungen entlang der Behandlungslinien, die innerhalb weniger Tage verschwinden
- Verbrennungen oder Blasenbildung bei zu oberflächlicher Energieabgabe (selten)
- Fettverlust oder Konturveränderung bei übermäßiger Energie in dünnen Bereichen (selten)
- Vorübergehende Muskelschwäche um Mund oder Augenbrauen (selten)
- Pigmentveränderung (selten)
- Begrenztes Ergebnis – Straffung erfolgt schrittweise über 2-6 Monate und ist moderat im Vergleich zu chirurgischen Eingriffen; manche Menschen sehen wenig Veränderung

Unbehagen während der Behandlung ist häufig und kann mit Schmerzmitteln oder Lokalanästhesie gelindert werden.

Ich verstehe, dass nicht-chirurgische Hautstraffung schrittweise, subtile Ergebnisse über mehrere Monate erzeugt, dass manche Menschen nicht ansprechen, und dass es kein Ersatz für chirurgische Eingriffe ist.

Ich verstehe, dass das Ergebnis schrittweise, moderat und nicht garantiert ist: _____

Ich verstehe, dass vorübergehende Taubheit, Kribbeln, Muskelschwäche, Verbrennungen und Fett- oder Konturveränderungen auftreten können und dass ich alle Implantate und Injektionen im Behandlungsbereich offengelegt habe.

Ich verstehe das Risiko von Nervenwirkungen, Verbrennungen und Konturveränderungen: _____

Fotofreigabe

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

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

Behandlungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

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

Einwilligung und Unterschrift

Ich willige freiwillig in die nicht-chirurgische Hautstraffungsbehandlung ein. Ich wurde über die Vorteile, Risiken, Alternativen und möglichen Komplikationen informiert. Ich verstehe, dass dies ein elektives kosmetisches Verfahren ist und es keine Garantie für das Ergebnis gibt. Ich entlaste den Anbieter und die Praxis von der Haftung für diese Behandlung, außer in Fällen von Fahrlässigkeit.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Einwilligung erteile.

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.