

Einverständniserklärung bdr® Behandlung

Vor JEDER bdr® Behandlung erneut auszufüllen!

Vereinbarung zwischen

Name Kundin/Kunde

Behandler/in

Adresse

Stempel Institut

Behandlungsbereich(e):

- ☐ Gesicht ☐ Hals und Dekolleté ☐ komplett Gesicht, Hals und Dekolleté ☐ Körper

hiermit bestätige ich, dass ich in einem ausführlichen Beratungsgespräch von

Name Behandler/in

über die Durchführung der geplanten bdr® Behandlung am . . informiert wurde.

Bitte ankreuzen für „ja“:

4 Wochen vor der bdr® Behandlung habe ich keine Medikamente aus der folgenden Gruppe eingenommen:

- ☐ systemische wirkende Akne-Präparate ☐ Kortison (oral als auch lokal im Behandlungsbereich)
☐ Antibiotika (oral als auch lokal im Behandlungsbereich) ☐ Immunsuppressiva
☐ Falls doch – welche:

- ☐ Es besteht keine Schwangerschaft.
☐ Ich befinde mich nicht in Stillzeit.
☐ Ich bin infektfrei und es besteht keine akute entzündliche oder fiebrige Reaktion im Körper.
☐ Ich befinde mich aktuell in keiner chemotherapeutischen Behandlung oder Strahlentherapie bzw. diese ist seit mindestens drei Monaten abgeschlossen.
☐ Ich habe kein Diabetes bzw. bin medikamentös eingestellt mit unauffälligen Werten.
☐ Es sind mir keine dermalen Auffälligkeiten (z.B. eitrige Akne, Fibrome, aktinische Keratose, Neigung zu Keloiden) im Behandlungsbereich bekannt. Falls doch – bitte benennen:

- ☐ Es bestand im Behandlungsbereich in den letzten zwei Wochen keine starke Rötung oder Reizung der Haut z.B. durch übermäßige UV-Strahlung oder mechanische Belastung.
☐ Eine etwaige Permanent Make-up Behandlung, Laserbehandlung, invasive kosmetische Behandlung (z.B. Unterspritzung, Mesotherapie), chemisches Intensivpeeling oder minimal-invasive Behandlung (z.B. Plasma) liegt mindestens vier Wochen zurück.
☐ Es bestehen keine Narben im Behandlungsbereich oder diese sind vollständig abgeheilt und nicht fibromatös.
☐ Es ist bei mir keine bestehende Herpes Simplex / Herpes Zoster Infektion bekannt (aktiv oder inaktiv).
☐ Ich habe keine epileptische Erkrankung.
☐ Ich habe keine Gefäßerkrankung im Behandlungsbereich wie z.B. Couperose oder Rosazea.
☐ Ich habe keinen Herzschrittmacher oder elektr. Implantate im Körper.
☐ Ich habe keine Allergien oder Unverträglichkeiten. Falls doch – bitte benennen:

Sollte einer oder mehrere dieser Punkte nicht bejaht werden, kann die geplante bdr® Behandlung nicht stattfinden. Unter Abwägung der möglichen Kontraindikationen kann unter Umständen behandelt werden nach Unterzeichnung der Sonderbehandlungsvereinbarung.

Folgende Maßnahmen nach der Behandlung wurden mir erläutert:

Für den Behandlungserfolg ist es wichtig, die Behandlungen im vereinbarten Rhythmus durchzuführen und die empfohlenen bdr® Produkte des Pflegerituals zu verwenden, nur so kann sich eine neue Hautstruktur einstellen.

Die Haut kann, je nach Hauttyp, mehr oder weniger gereizt reagieren, dies ist absolut normal. Ein gewisses Ausmaß an Rötungen, Schwellungen, Schorfbildung oder nässende Hautstellen, die unterschiedlich stark ausgeprägt

sein können, sind nach jeder Behandlung möglich. Bitte nicht kratzen, reiben, drücken oder Hautschuppen ablösen.

Schwimmbad- und Saunabesuche, Tauchen, intensive Sonnenbestrahlung sowie der Besuch eines Solariums sollten für 48 Stunden gemieden werden. Bitte achten Sie auf ausreichenden Sonnenschutz (mind. LSF 25).

Zu weiteren kosmetischen Behandlungen wie z.B. Unterspritzungen, Dermabrasionen, Liftings etc. sollte ein zeitlicher Abstand von 2-4 Wochen eingehalten werden.

Alle Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Über das erforderliche Verhalten vor, während und nach der Behandlung wurde ich informiert.