

Einverständniserklärung Gemäß NiSV §3 und Anlage 2

Kundendaten:

Herr Frau

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Anlagedatum: _____

Vorerkrankungen/ medizinische Daten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Operation | <input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Verletzung |
| <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzungen | <input type="checkbox"/> Medizinische Liftings |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung | <input type="checkbox"/> Diabetiker |
| <input type="checkbox"/> Metallimplantate | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Epileptiker | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/elektrische Implantate | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Vorerkrankungen: | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: | |

Medikamenteneinnahme:

- Blutverdünnungsmittel
- Anti-Akne Medikamente
- Photosensibilisierende Medikamente
- Sonstige:

Sonstige Anmerkungen:

Behandlungsplan* gemäß NiSV Anlage 2:

Kosmetische Anwendung(en): _____
Zyklus der Anwendungen: _____
Anzahl der empfohlenen Anwendungen: _____
Behandlungsprogramm(e): _____

*unter Berücksichtigung der individuellen Kundensituation

Durchführung der Aufklärung des Kunden* gemäß NiSV §3 Punkt 6

- Aufklärung über Anwendung und Wirkung durchgeführt
- Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen durchgeführt
- Individuelle Kundensituation festgestellt, die zur Festlegung der Behandlungsparameter führt
- Aufklärung über die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen fachärztlichen Abklärung durchgeführt

*siehe auch individueller Kundeninformationsbogen

Bestätigung der Aufklärung durch den Kunden und Einverständniserklärung zur Behandlung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen und Aufklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten Stelle, sowie anderen relevanten gesundheitlichen Veränderungen unverzüglich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, dem Berater jede Frage zur vorgeschlagenen Behandlung zu stellen und habe keine offenen Fragen mehr.

Datum, Unterschrift (Kunde)