

## Kundeneinverständniserklärung Plasma Pen

zwischen Isabels Beauty Club und Kundin/ Kunde

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Um eine optimale Plasma Lifting Behandlung sicherzustellen, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Denn nur so können Sie dir völlig sicher sein, dass alle Abläufe und Standards eingehalten werden. Selbstverständlich werden hier gemachten Angaben zu 100 % vertraulich behandelt und unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben!**

Haben Sie:

Keloiden? OJa O Nein

Diabetes? OJa O Nein

Allergien? OJa O Nein

Hautkrankheiten? OJa O Nein

Wundheilungsstörungen? OJa O Nein

Neurodermitis? OJa O Nein

Schuppenflechte? OJa O Nein

Herpes? OJa O Nein

Waren Sie schon einmal unterspritzt worden? OJa O Nein

Hatten Sie eine Schönheits-OP?

OJa O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**WICHTIG: Bei Unterspritzungen in diesem Bereich bitte 4-6 Wochen mit der Behandlung warten!**

Sind Sie schwanger? OJa O Nein

Haben Sie frische Narben? OJa O Nein

Sind Sie in dem Behandlungs Areal gefühllos oder haben Sie Nervenschädigungen? OJa O Nein

Herzschrittmacher oder größeren Herzprobleme?

OJa O Nein

Im letzten Jahr eine Chemotherapie oder Bestrahlung erhalten

OJa O Nein

Leiden Sie an Hepatitis, AIDS, oder einer hier nicht aufgeführten Krankheit?

OJa O Nein

Wenn JA, welche:

**Bitte lesen Sie die folgende Erklärung sorgfältig durch:**

Es gibt keine Möglichkeit anzugeben, wie viele Sitzungen für eine Behandlung benötigt werden.

Plasma Pen Lifting kann NICHT für Schwangere oder stillende Frauen durchgeführt werden und für Personen unter dem Alter von 18 Jahren angewendet werden.

Nach der Behandlung darf man sich nicht 6 Wochen lang Sonnenstrahlen aussetzen, um die Pigmentflecken zu vermeiden. Für die Menschen mit dunklen Hautton ist Plasma Pen nicht geeignet.

Ich bestätige, dass ich vollständig über die Risiken aufgeklärt wurde, dass intensive Rötungen, leichte, bis sehr starke Schwellungen, ein Hitzegefühl und Schmerzen auftreten können. Ich wurde über den Ablauf nach der Plasma Lifting Behandlung aufgeklärt. Des Weiteren bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Sollten sich aufgrund unvollständiger und nicht wahrheitsgemäßer Angaben Nachteile durch die Behandlung ergeben, übernehme ich die Verantwortung und entlaste die behandelnde Person. Mir ist bewusst, dass ich mich auf eigene Gefahr einer Plasma Lifting Behandlung unterziehe.

Mir ist bewusst, dass die Behandlung eine Körperverletzung im Sinne der §223 und §223a StGB darstellt. Ich willige mit meiner Unterschrift entsprechend §228 StGB ausdrücklich in die Körperverletzung ein. Es wird keinerlei Haftung für Schäden übernommen, welche bei einer Plasma Lifting Behandlung entstehen. Sollte es zu Komplikationen durch die Folge der Behandlung kommen, entlaste ich die behandelnde Person im Ganzen mit meiner Unterschrift von jeglichen Ansprüchen auf Schadensersatz, Schmerzensgeld, ärztliche Kosten, etc.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_