

Einverständniserklärung zur Behandlung mit SHR Systemen

Name, Vorname: _____

Behandlung: _____

1. Aufklärung über die Art der Behandlung:

Am _____ wurde ich im eingehenden persönlichen Beratungsgespräch über Art, Zweck und Hergang der Behandlung in mir verständlicher Weise aufgeklärt. Ich habe alle Hinweise verstanden und habe **alle Fragen nach Medikamenten und Krankheiten meiner Person nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlung auf eigenes Risiko erfolgt, daher verzichte ich auf jegliche eventuellen Schadensersatzansprüche gegenüber dem behandelnden Institut**

Über das erforderliche Verhalten sowie den notwendigen Sonnenschutz vor, während und nach der SHR Behandlung wurde ich eingehend unterrichtet und auf mögliche Komplikationen und Risiken in der Zeit während und nach der Behandlung hingewiesen.

Ich wurde eingehend über die Risiken einer künstlichen Bräune (Sonneneinstrahlung, Sonnenbank, Selbstbräuner) sowie die Einnahme Licht sensibilisierender Mittel wie z. B. Antibiotika, hingewiesen.

2. Erklärung:

Mir ist bewusst, dass eine Erfolgsgarantie nicht mit letzter Sicherheit gegeben werden kann. Nach der Behandlung ist es möglich, dass in Einzelfällen neue Haare nachwachsen können. Gründe dafür sind unter anderem hormonelle Umstellungen, Medikamenteneinnahme oder eine Erkrankung.

In diesen Fällen müssen die Behandlungen **gegebenenfalls nach Absprache** wiederholt werden, um eine dauerhafte Enthaarung zu erhalten. Auch darauf wurde ich besonders hingewiesen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Behandlung nach Art, Umfang und Methode einverstanden.

Nach der Behandlung kann es zu leichten Rötungen im Behandlungsareal kommen. Diese Hautreaktion ist völlig normal. **Eine Schädigung der Haut liegt dadurch nicht vor.**

Mir bewusst, dass individuelle Unterschiede bei Personen gibt und sich dadurch die geschätzte Behandlungsanzahl verringern oder auch erhöhen kann.

Letzteres gilt auch, wenn ich von den vorgeschriebenen Behandlungszeitabständen abweiche; z. B. durch Urlaub, Krankheit o. ä. In diesem Fall wird eine erneute Einschätzung der Behandlungsdauer vorgenommen.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zur Behandlung zu überdenken und habe keine weiteren Fragen mehr, nachdem die von mir gestellten

Fragen vollständig und auch für den Laien verständlich beantwortet wurden. Die Kosten für meine Behandlungszone/n wurden mir pro Sitzung mitgeteilt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich **mindestens 6 Behandlungen** zum festgelegten Preis durchführen lasse. Weniger Behandlungen bringen sicher **nicht** den gewünschten Erfolg!

Nach meiner letzten Behandlung entscheide ich nach einem weiteren Beratungsgespräch, ob die Behandlung weitergeführt oder beendet wird.

(Ort, Datum, Unterschrift Kundin/Kunde oder bei Kundschaft von 16 – 18 Jahren Erziehungsberechtigte/r

3. Fragebogen vor der Behandlung mit SHR:

Name, Vorname: _____

Name der beratenden Person : _____

Leiden Sie an einer **akuten** oder **chronischen Erkrankung**? _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? _____

Nehmen Sie **Lichtsensibilisierende Mittel** ein? Z. B. Roaccutane, Johanniskraut, Antibiotika, Cortisone o.ä. Wenn ja, bitte 6 Wochen warten! _____

Wenn ja, werden Sie diese Mittel vor der Behandlung absetzen und während der gesamten Behandlung **n i c h t** einnehmen! _____

Nehmen Sie **Blutverdünner** ein? _____

Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft**? _____

Tragen Sie **Implantate, Stiftzähne, Brücken**? _____

Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung? _____

Tragen Sie **Metallschienen** oder **-nägel** im Körper? _____

Leiden Sie an **Epilepsie**? _____

Leiden Sie an **Diabetes mellitus**? _____

Leiden Sie an starken **Durchblutungsstörungen**? _____

Haben Sie **selbstbräunende Cremes** oder **Lotions-** verwendet? _____

Haben Sie **künstliche Hautbräune** durch **Sonne** oder **Solarium**? _____

Haben Sie kürzlich ein **Peeling** gemacht? **Mindestens 4 Wo. warten!** _____

Haben Sie **Herzprobleme** oder tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? _____

Welche **Körperzone / n** möchten Sie behandeln lassen? _____

Ort, Datum,
Unterschrift _____