



Praxis für dauerhafte Haarentfernung

Name, Vorname _____

HT / pi _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Tel. FESTNETZ / Büro / Handy _____

Praxis für dauerhafte Haarentfernung
- Photo-Thermolyse IPL²
- Elektro-Epilation
- Beratung, Ausbildung & Schulung
Inh. Physiotherapeutin Annette Hermes

Berliner Straße 55
40721 Hilden

Telefon: 0 21 03 / 99 16 60

Einverständniserklärung zur dauerhaften Haarentfernung

Unerwünschtem Haarwuchs können medizinische Ursachen wie übermäßig starker Haarwuchs (Hirsutismus), krankhaft vermehrte Körperbehaarung (Hypertrichose) und andere Störungen zugrunde liegen. Behandlungen mit dem EPILUX System oder Elektro-Epilation heilen medizinische Ursachen für unerwünschten Haarwuchs nicht.

Der Zweck der Behandlung ist es, kosmetische Verbesserungen durch die dauerhafte Entfernung unerwünschter Haare zu erzielen, indem durch die IPL-Technologie (Intense Pulsed Light), Thermolyse oder Elektrolyse die Haarfollikel zerstört werden.

Ich verstehe, dass eine 100-%ige Haarreduktion möglicherweise nicht erfolgt und dass aufgrund des individuellen Wachstumszyklus der Haare mehrere Behandlungen im richtigen Abstand erforderlich sind, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.

Der/die Behandler/in hat mich über alternative Behandlungsformen informiert (Rasieren, Waxing, Epilieren) und ich habe zur Kenntnis genommen, dass andere Behandlungsarten zur Haarentfernung oder das Unterlassen einer Behandlung, meine alternativen Entscheidungsmöglichkeiten sind. Der/die Behandler/in hat mir erklärt, dass jeder medizinische Eingriff gewisse Risiken birgt und dass die im Folgenden aufgeführten Risiken keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben:

Unannehmlichkeiten nach der Behandlung wie Rötungen, Erythemen (entzündliche Hautrötungen) und Follikelödeme können nach der Behandlung auftreten.

Ogleich selten, kann eine Behandlung mit der IPL-Technologie Blasen oder leichte Verbrennungen der Epidermis verursachen.

Vorübergehende Hyper - oder Hypopigmentierung (gesteigerte Färbung der Haut bzw. Verminderung der Hautfarbe) kann auftreten und verschwindet normalerweise nach 3 bis 6 Monaten.

Rückbildung der Haare oder Umwandlung der Haare in Vellus- oder Flaumhaare.

Ich bin dazu bereit, den Empfehlungen des Behandlers zu folgen, um ein bestmögliches Behandlungsergebnis zu gewährleisten. Ich verstehe, dass UV-Licht-Einstrahlung für mindestens 30 Tage nach der IPL-Behandlung vermieden werden müssen und dass ein Sonnenschutzfaktor von 20 und mehr auf unbedeckten Hautbereichen verwendet werden muss. Andernfalls ist es möglich, dass fleckige Hautpigmentierungen - Hyper- oder Hypopigmentierung - auftreten können.

Ich bin damit einverstanden, während ich in Behandlung bin, allen Empfehlungen zu folgen und es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit zu einem nicht optimalen Behandlungsergebnis führen kann.

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe, dieses Einwilligungsfomular vollständig gelesen und verstanden habe, die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen, diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden und ich die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrsche. Ich habe die Behandlungsbedingungen und den Ablauf der Behandlung vollständig verstanden. Nach der Belehrung erkläre ich mich ausdrücklich mit der Durchführung der Behandlung durch Herrn Frank Hermes einverstanden, wobei ich insbesondere auf bestehende Risiken hingewiesen wurde.

[IPL]: Ich nehme zur Zeit keine der folgenden Medikamente bzw. Präparate ein:
Johanniskraut, Antibiotika oder andere Medikamente, bei denen eine Lichtbestrahlung von 600 - 950nm kontra indiziert ist.

Mir ist klar, dass Veränderungen des Haarwuchses insbesondere hormonell gesteuert werden und die Einnahme sämtlicher Hormone den Erfolg der Behandlung beeinflussen kann.

Ich trage keinen Herzschrittmacher.

Ich leide nicht an Hämophilie (Bluterkrankheit)

Ich neige nicht zu keloider Vernarbung (starke Wulstbildung durch erhöhte Produktion von Bindegewebe).

Ich leide nicht unter Lichtdermatose.

Ich leide nicht unter Hautkrebs.

Ich leide an den zu behandelnden Körperregionen nicht unter Psoriasis / Neurodermitis.

Ich bin nicht schwanger und stille nicht.

Ich habe mich in den letzten vier Wochen nicht intensiver Sonnenbestrahlung (Sonne, Solarium) ausgesetzt.

Datum / Unterschrift Kunde:

Bitte teilen Sie uns vertrauensvoll alle Ihre evtl. medizinischen Probleme mit.

Bitte informieren Sie sich VOR JEDER BEHANDLUNG auf unseren Internetseiten über neue Erkenntnisse bezüglich der Behandlung – z. B. www.haarentfernung-hilden.de

Rechnungen zahlbar in bar oder per Lastschrift nach jeder Behandlung.

D E 5 7 Z Z Z 0 0 0 0 0 3 9 0 1 4 4

Getrenntes Formular für SEPA-Lastschrift

... wir machen Ihren Haaren Beine !