

## Einwilligungs/Aufklärungsbogen -Plasma Pen Behandlung-

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
die bei Ihnen bevorstehende Plasma Pen Behandlung bedarf Ihrer  
Einwilligung.

Dieses Informationsblatt und das Aufklärungsgespräch mit Ihrem  
Behandler soll Sie über Art und Umfang der Behandlung mögliche  
Risiken und Nebenwirkungen und das zu erwartende Resultat  
informieren.

Es handelt sich um eine nicht invasive Behandlung, bei der  
ausschließlich gutartige Hautveränderungen entfernt bzw.  
verbessert werden. Bitte Beachten Sie, dass bestimmte gutartige  
Hautveränderungen auch nach der Behandlung wiederkehren  
können.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass nach der Behandlung  
Nebenwirkungen wie z. B. Hautrötungen und Schwellungen  
auftreten können. Sollten die Symptome länger als sechs Tage  
anhalten oder andere unbekannte Nebenwirkungen auftreten, teile  
ich dies umgehend meinem Behandler mit und suche einen Arzt auf.  
Um die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Nebenwirkungen zu  
minimieren, ist es unbedingt erforderlich, dass die  
Nachsorgeanweisungen vorschriftsgemäß eingehalten werden.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich 10 Tage vor der  
Behandlung keine Blutverdünnungsmittel oder Medikamente der  
erwähnten Gruppen einnehmen sollte, wie: Aspirin und/oder  
Migränemittel, Vitamin E und C, Ginkgopräparate, Enzyme, ich für  
Laser- oder IPL-Behandlungen 4 Wochen und für Schälkuren 3  
Wochen warten sollte.

Das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit variiert von  
Kunde zu Kunde und ist sehr stark vom Lebenswandel und den  
Lebensgewohnheiten des jeweiligen Patienten abhängig  
(Raucherhaut, sonnengeschädigte Haut, fortgeschrittene Atrophie).

Bitte informieren Sie Ihren Behandler im Aufklärungsgespräch über eventuell bestehende gesundheitliche Einschränkungen, vor allem im Zusammenhang mit den bekannten Kontraindikationen, wie z.B.:

- Vorgegangene chirurgische Eingriffe (Hautkrebs)
- Vorgegangene Faltenunterspritzungen an diesen Regionen, kein Ultraschall)
- Allergische Reaktionen auf Lokalbetäubung \*
- Wundheilungsstörungen \*
- Herpesinfektionen, Hautentzündungen, \*
- Schwächung des Immunsystems, Autoimmunerkrankungen\*
- sonstige Erkrankungen
- Medikamenteneinnahme (ggf. Hinweis auf entzündliche Vorgänge)

\* = Kontraindikationen (absolut oder teilweise)

## Einverständniserklärung

Ich habe die schriftliche Information erhalten und habe den Aufklärungsbogen gemeinsam mit meinem Behandler gelesen.

Im Aufklärungsgespräch wurde die Indikation, Wahl des Verfahrens, risikoerhöhende Faktoren, mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen und eventuelle Folgeeingriffe besprochen.

Ich akzeptiere die möglichen Risiken der Behandlung.

Grundsätzlich bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass auf jegliche Schadensersatz- oder Regressansprüche gegenüber dem/der Behandler/in verzichtet wird.

Alle meine Fragen wurden umfassend, vollständig und verständlich beantwortet. Ich willige in die Plasma Pen Behandlung ein, (möchte sofort behandelt werden und verzichte auf die Bedenkzeit von 24 Stunden).

Ich verpflichte mich, die o.g. Hinweise und Anweisungen meines Behandlers zu befolgen.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler: \_\_\_\_\_

