



Einwilligungserklärung Plasma Behandlung

Von

.....
Name, Vorname

.....
Tel.-Nr.

.....
Straße

.....
Wohnort

.....
gegenüber:

.....
E-Mail

.....
Unterschrift Pigmentierer / Anwender

Ich wurde über die kosmetische LCN Plasma Behandlung ausführlich informiert und wurde darauf hingewiesen, dass bei der Behandlung winzige Plasmablitzte erzeugt werden. Dieser Plasma Blitz springt auf die Haut über und lässt sie dort in einem winzigen Punkt verdampfen, wodurch sich die Haut in der Umgebung minimal zusammenzieht.

Mir ist weiter bekannt, dass nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, wie erfolgreich oder dauerhaft das Resultat ist. Ich weiß, dass zum Erreichen des gewünschten Ergebnisses mehrere Sitzungen notwendig sind. Die Anzahl der Behandlungssitzungen, um das gewünschte Resultat zu erzielen, ist abhängig von meinem Hautzustand, der Größe des zu behandelnden Areals und dem Ausgangszustand der Haut. Der Mindestabstand zwischen den Behandlungen beträgt 6 Wochen. Mein(e) Anwender/Anwenderin bestimmt den Abstand in Abwägung mit meinem Hautzustand und der Haut-Reaktion und kann diesen auch verlängern.

Die LCN Plasma Methode arbeitet mit einem Gerät, das ausschließlich der kosmetischen Behandlung dient und nicht zur Behandlung von Erkrankungen oder Gesundheitsbeschwerden geeignet ist. Hiermit bestätige ich, dass ich über die Plasma Behandlung ausführlich unterrichtet worden bin.

Selbst bei verantwortungsvoller Durchführung der Behandlung bestehen Risiken, die im Folgenden genannt werden:

- Wundinfektion / Wundheilungsstörung
- Narbenbildung (sehr selten)
- Pigmentstörungen (Unbedingt Nachsorgeempfehlungen einhalten)
Das Risiko einer Hyper- und Hypopigmentierung ist gering, kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden.
Hier ist die empfohlene Nachsorge und der geeignete UV-Schutz wesentlich.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es 1-2 Tage nach der Behandlung zu Schwellungen unterschiedlichen Ausmaßes kommen kann. Sollten diese auch nach 6 Tagen noch bestehen, ist meine Anwenderin/Anwender zu kontaktieren oder ein Arzt zu konsultieren. Durch die Behandlung kommt es zu Verschorfungen, die nach ca. 5-7 Tagen verschwinden. Leichte Rötungen können bis zu 3 Wochen anhalten.

Ich wurde aufgefordert, nach der Behandlung folgende Punkte zu unterlassen bzw. folgende Punkte in der Nachsorge zu beachten:

1. UV-Bestrahlungen sowie längere und intensive Sonneneinstrahlung und auch kürzere Aufenthalte in der Sonne sind ca. 3 Monate zu unterlassen. Ein ausreichender UV-Schutz ist auf die behandelten Hautareale aufzutragen (Faktor 50)
2. Sport, Sauna- und Schwimmbadbesuche sind bis zur Abheilung der Krusten zu unterlassen
3. das Benutzen von Kosmetika, Reinigungsprodukten und Make up sind bis zur Abheilung der Krusten zu unterlassen
4. das Reiben und Entfernen von Krusten ist zu unterlassen
5. dauernder Kontakt mit Wasser ist zu vermeiden

Keine Behandlung kann durchgeführt werden und ist nicht empfohlen:

- Wenn ich blutverdünnende oder entzündungshemmende Medikamente einnehme
- Wenn Hauterkrankungen jeglicher Art vorliegen, die Auswirkungen auf die Behandlung(en) haben
- Wenn ich an Epilepsie leide
- Wenn ich an einer Hitzeallergie leide
- Wenn ich an Bluter- und / oder Diabeteskrankheit leide
- Wenn eine Hepatitis- und / oder HIV-Infektion vorliegt
- Wenn ich Alkohol, Medikamente oder Drogen zu mir genommen habe
- Wenn eine Verheilungsschwäche vorliegt oder ich an einer Autoimmunschwäche leide

- Wenn ich derzeit mit Cortison behandelt werde
- Wenn ich unter Herzrhythmusstörungen leide oder einen Herzschrittmacher trage
- Wenn ich am Behandlungstag Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke zu mir genommen habe (dazu gehören auch andere Getränke, wie Energy-Drinks)
- Wenn ich mich in einer Krebstherapie befinde
- Wenn ich Metallimplantate im Körper trage
- Wenn ich schwanger bin oder mich in der Stillzeit befinde (keine Auswirkungen bekannt, daher ausgeschlossen)
- Wenn ich minderjährig bin
- Wenn ich regelmäßig Johanniskraut einnehme
- Bei Hauterkrankungen
- Die zur Behandlung ausgewählte Hautpartie zuvor einer Laserbehandlung (auch kosmetischer Laser), Unterspritzung oder einem Säurepeeling unterzogen wurde

Leide ich an Herpes Simplex, sollte ich mich vor der Durchführung einer umfassenden Antivirusbehandlung unterziehen, die ich mit meinem Arzt bespreche.

Ich versichere weiterhin, dass zur Zeit keinerlei körperliche Beschwerden, Allergien oder Krankheiten bestehen und alle relevanten Informationen weitergegeben worden sind.

Zudem versichere ich, dass in den letzten sechs Monaten keine Unterspritzungen im gesamten Behandlungsbereich durchgeführt wurden oder sich andere permanente Füllmaterialien in der Haut befinden (Beispiel Silikon).

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich eine Behandlung mit der oben genannten Methode wünsche und dass meine zuvor gemachten Angaben richtig sind.

Mir wurde Gelegenheit gegeben, alle vorhandenen Fragen bezüglich der Behandlung zu stellen. Mir wurden alle Fragen nach bestem Vermögen beantwortet und ich habe die Antworten verstanden.

Mir wurde ausreichend Zeit gelassen, um mich selbstständig zu entscheiden, diese kosmetisch, ästhetische Behandlung durchführen zu lassen.

Veränderungen der hier gemachten Angaben sind vor jeder weiteren Behandlung unverzüglich mitzuteilen!

Ich versichere, dass ich über 18 Jahre alt bin und die oben genannten Informationen durchgelesen habe und mein Einverständnis zu der Behandlung erteile.

Vergütungshöhe Erstbehandlung

....., den

Kunde