

## Einverständniserklärung und Kundeninformationsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Die Behandlung

- Es vereint in sich die Wirkung des Laser Strahls und der Hautverjüngung durch Licht.
- Der zweite Bestandteil dieser Prozedere außer dem ND-Yag Laser ist ein spezielles Gel, das die Nanopartikel des Carbons enthält. Dadurch erhält das Peeling seinen Namen Carbon Peeling.
- Der therapeutische Effekt des Carbon Nanogels basiert auf der Fähigkeit des Gels, tief in die Poren zu dringen und sich an den Hautzellen der Epidermis anzuheften.
- Außerdem ist das Kohlenstoffgel in der Lage, sich mit dem Sebum (Hauttalg) der Haut zu verbinden und Giftstoffe zu filtern
- Diese Methode ist sehr gut geeignet für die Behandlung von Hautunreinheiten und für die Normalisierung des Lipidstoffwechsels in der Haut.

Dieses Merkblatt ist die Grundlage für die Erstberatung (Aufklärungsgespräch) vor der Laserbehandlung mit dem Carbon Profi. Ich, der Unterzeichnende bestätige mit meiner Unterschrift, dieses Schreiben genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an einer Laserbehandlung teilzunehmen.

Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten hätte, die mich an einer Laserbehandlung hindern können.

Medikamente oder Betäubungsmittel, die ebenfalls eine Einschränkung bewirken können, nehme ich nicht ein. Sollte sich während der Behandlung eine Veränderung meines Gesundheitszustandes ergeben, werde ich den Therapeuten sofort darüber in Kenntnis setzen und die Behandlung abbrechen.

Die Laserbehandlung mit dem Carbon Profi ist schmerzfrei. Unmittelbar nach der Laserbehandlung kann die Haut eine rötliche Färbung zeigen. Diese Veränderungen sind normalerweise innerhalb weniger Stunden vollständig zu verschwinden. Die sofortige Anwendung einer reichhaltigen Feuchtigkeitsmaske z. B. mit Inhaltsstoffen wie Panthenol oder Aloe Vera ist empfehlenswert.

Nach der Behandlung ist es unerlässlich Lichtschutzfaktor mit mind. 30 zu verwenden. Dieser sollte die nächsten 1-2 Wochen immer verwendet werden, wenn man sich der Umwelt aussetzt.

Risiken können mit einer Probe-Laserung abgeklärt werden. In seltenen Fällen kann eine allergische Reaktion mit dem Laser ausgelöst werden.

Die Lasergeräte sind zertifizierte medizinische Geräte und erfüllen die deutschen Sicherheitsstandards für kosmetische -ästhetische Laser-Therapien.

Den Anweisungen des Therapeuten, insbesondere den sicherheitsrelevanten Anweisungen im Behandlungsraum, müssen Folge geleistet werden. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben.

Ich bin mir darüber bewusst, dass der Therapeut die Behandlung generell ablehnen kann, falls die Risiken den zu erwartenden Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder den Therapeuten oder die Gesellschafter, Eigentümer, Betreiber, beratende Dermatologen, Personal, den Laserschutzbeauftragten oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen.

Die Teilnahme an der Laserbehandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr und Verantwortung. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

Die Kosten für eine Laserbehandlung werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung vor Ort.

Das Risiko von Behandlungen wird durch die körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Hatten Sie schon einmal eine Laserbehandlung?  
 Wann und bei wem?

Ja( )	
Nein ( )	

2. Nehmen Sie Medikamente ein? (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel wie Aspirin, Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Medikamente die eine Lichtempfindlichkeit auslösen?)

Ja( )	
Nein ( )	

3. Kam es schon einmal zur Bildung / Verschleppung von Blutgerinnseln?  
 (Thrombose, Embolie)

Ja( )	
Nein ( )	

4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? (z.B bei kleinen Verletzungen, Nasenbluten, Zahnbehandlungen oder entstehen leicht blaue Flecken auch ohne besonderen Einfluss)

Ja( )	
Nein ( )	

5. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt?  
 (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem)

Ja( )	
Nein ( )	

6. Haben oder hatten Sie bereits Gelbsucht?

Ja( )	
Nein ( )	

7. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde Ihnen ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße)?

Ja( )	
Nein ( )	

8. Treten bei Ihnen immer wieder Lippenbläschen (Herpes) auf oder ist bei Ihnen schon eine Gürtelrose aufgetreten?

Ja( )	
Nein ( )	

9. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

Ja( )	
Nein ( )	

10. Kam es früher bei Wunden zu Eiterungen, verzögerter Heilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer ungewöhnlich starken Narbenbildung?

Ja( )	
Nein ( )	

11. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeiten oder Überempfindlichkeiten (z.B. Von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex) bekannt?

Ja( )	
Nein ( )	

a. Leiden Sie unter Ekzemen, Weissflecken oder Schuppenflechte (Neurodermitis, Psoriasis)?

Ja( )	
Nein ( )	

12. Werden Sie zurzeit wegen Akne behandelt?

Ja( )	
Nein ( )	

a. Leiden Sie unter anderen Hautauffälligkeiten (Muttermalen, Warzen, Haarausfall, etc.)?

Ja( )	
Nein ( )	

13. Leiden Sie unter Hypo/Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?

Ja( )	
Nein ( )	

14. Haben Sie häufig Infektionen?

Ja( )	
Nein ( )	

16. Leiden Sie unter verstärkter Lichtempfindlichkeit oder haben Sie eine Sonnen / Lichtallergie?

Ja( )	
Nein ( )	

15. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?

Ja( )	
Nein ( )	

16. Rauchen Sie regelmäßig und trinken Sie regelmäßig Alkohol oder sind Sie von Drogen oder Medikamenten abhängig? Wenn ja, welche?

Ja( )	
Nein ( )	

17. Haben Sie Silikon Implantationen, Faltenunterspritzungen oder haben Sie kürzlich eine Fruchtsäurenbehandlung machen lassen?

Ja( )	
Nein ( )	

18. Hatten Sie kürzlich eine Chemo-, Strahlentherapie oder eine starke UV-Bestrahlung? (auch Solarium oder starker Sonnenbrand)

Ja( )	
Nein ( )	

19. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

Ja( )	
Nein ( )	

20. Haben Sie eine fachärztliche (Dermatologie) Abklärung und / oder Freigabe der zu behandelnden Körperstelle?  
Wenn ja, bei welchem Arzt und wann?

Ja( )	
Nein ( )	

## Vor- und Nachsorge

### Vorsorge

- Vor der Behandlung sollte mind. 1-2 Wochen kein Sonnenbad stattgefunden haben
- Ebenso kein Sonnenbank Besuch

### Nachsorge

1. Reichhaltige Feuchtigkeitsmaske
2. Serum und Tagespflege mit Lichtschutzfaktor mindestens 30, bei sehr heller Haut LSF 50

### Was sollte ich vermeiden?

- Chlorwasser und Saunagänge die ersten 2-3 Tage vermeiden nach der Behandlung vermeiden
- Keine Anwendung von anderen Peelings im behandelten Areal
- Kein Sonnenbad, keine Sonnenbank

### Was muss ich noch wissen?

Jucken, Brennen - entsteht durch den Hautregenerationsprozess;

Rötungen, Schwellungen - entstehen durch eingebrachte Energie; bei Bedarf kühlen

## Fitzpatrick Hauttyp - Formular

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<b>Mein ethnischer Ursprung ist am ehesten:</b>	I. Sehr blond (Keltisch und Skandinawisch)
	II. hellhäutiger Kaukasier mit hellem Haar und hellen Augen
	III. blass-häutiger Kaukasier mit dunklem Haar und dunklen Augen
	IV. bräunlich (Mittelmeertyp, einige Asiaten, einige Hispanos)
	V. Dunkelhäutig (Mittlerer Osten, Hispanos, Asiaten, einige Afrikaner)
	VI. Sehr dunkelhäutig (Afrikaner)
<b>Meine Augenfarbe ist:</b>	Hellblau
	blau/grün
	grün/grau/goldfarben
	Haselnussfarben/hellbraun
	braun
<b>Meine natürliche Haarfarbe mit 18 Jahren war:</b>	Rot
	Blond
	Hellbraun
	Dunkelbraun
	Schwarz
<b>Die Farbe meiner Haut, die normalerweise der Sonne ausgesetzt wird, ist:</b>	Rosa bis rötlich
	Sehr bleich
	Bleich mit einem Beige-Ton
	Hellbraun
	Mittel- bis dunkelbraun
	Dunkelbraun-Schwarz
<b>Wenn ich ca. eine Stunde lang in die Sonne gehe ohne Sonnenschutzmittel und wochenlang nicht in der Sonne war, wird meine Haut:</b>	Verbrennen, Blasenbildung und ablösen
	Verbrennen, dann wenn sich der Brand auflöst, gibt es einen geringen oder keinen Farbwechsel
	Verbrennen, aber dann gibt es in wenigen Tagen eine Bräunung
	Wird rosa, aber bräunt sich dann schnell
	Nur bräunen
	Wird nur dunkler
	Meine Hautfarbe ist so dunkel, dass ich nichts dazu sagen kann
<b>Wann war das letzte Mal, dass die zu behandelnde Zone dem natürlichen Sonnenlicht, Solarien oder einer künstlichen Bräunungscreme ausgesetzt war?</b>	Vor mehr als einem Monat
	Im vorigen Monat
	In den vergangenen zwei Wochen
	In der vorigen Woche

**Patientenzusage:**

**Ich verstehe**, dass möglicherweise Nebenwirkungen auftreten, welche die Rötung der Haut, Blutergüsse, leichtes Brennen oder eine Blasenbildung, eine verstärkte Pigmentierung und sehr selten eine Narbenbildung umfassen können.

**Ich verstehe**, dass die Behandlungsergebnisse bei jedem Menschen variieren können und dass der Erfolg der Behandlung nicht garantiert werden kann.

Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Laserbehandlung stark von der Haar- und Hautbeschaffenheit sowie der Vor- und Nachbehandlung abhängig ist. Es ist mir bewusst, dass eventuell nur eine Teilentfernung möglich ist.

**Ich verstehe**, dass mehrere Behandlungen erforderlich sein können, um das gewünschte Ergebnis und eine Verbesserung zu erreichen.

**Ich bin damit einverstanden**, dass ich einen Augenschutz während der Behandlungssitzungen tragen muss.

**Eine ausführliche Beratung per Anamnesebogen wurde gestellt.**

(Dieser ist bei Ihren Unterlagen in der Praxis abgeheftet)

**Ich stimme** dem oben beschriebenen Verfahren **zu**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich für die Behandlung keine Kontraindikation mitbringe und keine Medikamente einnehme, die eine Lichtempfindlichkeit auslösen und eine Behandlung unmöglich machen. Ebenso befinde ich mich in einem gesunden Gesamtzustand und eine Schwangerschaft ist ausgeschlossen. Über die Vor- und Nachsorge wurde ich intensiv aufgeklärt, ich werde diese verantwortungsvoll beachten.

Ort; Datum

Unterschrift; Kunde