

Einverständniserklärung Hyaluron Injektion



Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Mobil: _____

Ich wurde über die Verwendung, Indikationen, Gegenindikationen und möglicherweise auftretende Nebenwirkungen von Filler-Produkten ausführlich aufgeklärt.

Ich habe alle mich interessierenden Fragen stellen können und zufriedenstellende Antworten erhalten.

Ich habe zur Kenntnis genommen:

Dass es sich bei der Hyaluronsäure sterile viskoelastische Gels nicht tierischen Ursprungs auf Basis vernetzter Hyaluronsäure handelt, die zur Korrektur von Falten, Hautfurchen, und Gesichtskorrekturen bzw. zur Lippenaugmentation in die Dermis injiziert werden. Die vernetzten Produkte wirken im Schnitt zwischen 6 bis 18 Monate. Diese Wirkungsdauer hängt vom Hauttyp, behandelten Zonen, injizierter Menge und Unterspritzungstechnik ab.

Ich bin informiert worden, dass nach der Unterspritzung folgende Nachwirkungen auftreten können:

Hautrötungen, Ödeme, Juckreiz, leichte Schmerzen an der Einstichstelle, die i.d.R. aber innerhalb von 72 Stunden nach der Behandlung wieder verschwinden. Gewebeveränderungen oder Gewebeknoten, in seltenen Fällen Vernarbungen.

Ich wurde des Weiteren auf folgendes hingewiesen:

Eine Woche vor der Injektionsbehandlung wird dringend abgeraten Aspirin oder andere blutverdünnende Mittel einzunehmen. Innerhalb 2 Wochen nach der Behandlung starke Sonnen- und Hitzeeinwirkungen wie z.B. Solarium oder Sauna zu vermeiden.

Zudem wurde ich über folgende möglichen Folgeerscheinungen informiert:

Berichten zufolge kann es in seltenen Fällen nach der Unterspritzung mit Hyaluronsäure auch zu Nekrosen in der Glabellaregion (zwischen den Augenbrauen) kommen. Jede länger als 1 Woche andauernde Entzündung in Folge der Unterspritzung sowie jegliche sonstige Nebenwirkung sind umgehend mitzuteilen. Die Behandlung kann sich unter Umständen über Monate erstrecken.

Ich habe die von mir nach der Unterspritzung einzuhaltenden Hinweise zur Kenntnis genommen und verpflichte mich diese zu befolgen.

Nachdem ich ausführlich über die Behandlung aufgeklärt wurde, erkläre ich mich einverstanden.

Name + Unterschrift Patient

Drita Doka, Unterschrift Beautysalon