

# Einverständniserklärung und Dienstleistungsvertrag



## (Diodenlaser)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Kunde ist verpflichtet, vor Behandlungsbeginn über bestehendes Krankheitsbild oder Allergien/ Unverträglichkeiten darüber in Kenntnis zu setzen, die in einer Behandlung entgegenstehen. Daher bitten wir um wahrheitsgemässe Angaben. Sollten uns diese verschwiegen bleiben, übernehmen wir für evtl. Schäden jeglicher Art, keine Haftung. Ich bin mit der Haarentfernung mit dem Diodenlaser einverstanden, kenne den Ablauf sowie die Risiken.



1. Nehmen Sie Medikamente ein?  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar),  
lichtsensibilisierende Medikamente (z.B. Johanniskraut, Accutane, Psoralen)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
2. Haben Sie Herz-/ Kreislaufprobleme? (z.B. Bluthochdruck) O Ja O Nein
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? O Ja O Nein
4. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen, Gerinnungsstörungen?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
5. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  
(z.B. Heuschnupfen, Asthma)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
6. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierungen? O Ja O Nein
7. Haben Sie häufig Infektionen? (z.B. Herpes) O Ja O Nein
8. Leiden Sie unter Lichtempfindlichkeit? O Ja O Nein
9. Neigen Sie zu Narbenbildung? O Ja O Nein
10. Leiden Sie an Neurodermitis? O Ja O Nein
11. Haben Sie Diabetes? O Ja O Nein
12. Rauchen Sie? O Ja O Nein
13. Waren Sie im Solarium/ starker UV-Strahlung? (Letzte 2 W.) O Ja O Nein
14. Wurden in den letzten 2 Wochen Selbstbräuner oder Peelings benutzt?  
(z.B. Mikrodermabrasion, Fruchtsäure)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
15. Wurden in den letzten 2 Wochen Sonnencreme mit Nanopartikel angewendet?  
(z.B. Nano-Titaniumoxid)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
16. Besteht eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Beautysalon