

# Einverständniserklärung und Dienstleistungsvertrag



## (Lip-)Filler

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 dem Unterspritzen einverstanden, kenne den Ablauf sowie die Risiken.

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.

# Einverständniserklärung und Dienstleistungsvertrag



## (Lip-)Filler

1. Haben Sie eine ärztliche Vorgeschichte?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
2. Nehmen Sie Medikamente ein?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
3. Hatten Sie bereits (schönheits-)chirurgische Eingriffe?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
4. Haben Sie schon eine Faltenunterspritzung vornehmen lassen? O Ja O Nein
5. Wissen Sie welches Produkt injiziert wurde?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
6. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  
(z.B. Heuschnupfen, Asthma, Unverträglichkeiten nach einer Unterspritzung)  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
7. Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung oder einer mit dem Immunsystem  
zusammenhängenden Erkrankung? O Ja O Nein
8. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? (z.B. Hashimoto) O Ja O Nein
9. Erkranken Sie häufig an Angina? O Ja O Nein
10. Haben Sie Rheuma? O Ja O Nein
11. Haben Sie Hautprobleme? (z.B. Herpes, Hautentzündung, Akne) O Ja O Nein
12. Besteht eine Schwangerschaft, Stillzeit? O Ja O Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

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

