

Einverständniserklärung und Aufklärungsbestätigung Permanent Make up

|  |  |
| --- | --- |
| NAME: |  |
| VORNAME: |  |
| GEBURTSDATUM: |  |
| STRASSE: |  |
| PLZ/WOHNORT: |  |
| TELEFON: |  |
| E-MAIL: |  |

Eine Permanent Make-up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Permanent Make-up´s.

Die(der) oben genannte Kundin(e) unterzieht sich einer Permanent Make-up Behandlung

* Lippen
* Augenbrauen
* Lidstrich

Der Preis für die Behandlung beträgt EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Besondere Hinweise:

Permanent Make-up hält mehrere Jahre In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der haut ist oft ein mehrmaliges Nacharbeiten notwendig. Bei und nach der Pigmentierung kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen und(oder Rötungen kommen. Diese klingen meist nach kurzer Zeit wieder ab. Bis zum 4. Tag nach der Behandlung dürfen die behandelten Partien nur sorgsam mit milden Produkten in Berührung kommen. Der Kunde wird aufgefordert in den folgenden Tagen Folgendes zu unterlassen: Übermäßige UV-Bestrahlung, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.

Vor der Pigmentierung wurde der(m) Kundin(en) das Permanent Make-up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:

* JA
* NEIN

Dem Kunden wurde das ungefähre Ergebnis demonstriert:

* JA
* NEIN

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

**Anmerkung:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Hämophilie (Bluterkrankheit) | * JA | * NEIN |  |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | * JA | * NEIN |  |
| Hepatitis A,B,C,D,E,F | * JA | * NEIN |  |
| HIV-Infektion | * JA | * NEIN |  |
| Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?) | * JA | * NEIN |  |
| Ekzeme | * JA | * NEIN |  |
| Allergien (wenn ja, welche?) | * JA | * NEIN |  |
| Angeborene Immundefizienerkrankungen (wenn ja, welche?) | * JA | * NEIN |  |
| Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente, z.B. nach Organtransplantationen) | * JA | * NEIN |  |
| Autoimmunerkrankungen | * JA | * NEIN |  |
| Blutverdünnungstherapie | * JA | * NEIN |  |
| Geschlechtskrankheiten | * JA | * NEIN |  |
| Akuter fieberhafter Infekt | * JA | * NEIN |  |
| Andere chronische oder akute Erkrankungen | * JA | * NEIN |  |
| Liegt eine Schwangerschaft vor? | * JA | * NEIN |  |

**Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!**

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

* Ich bin darüber informiert worden, dass beim Permanent Make-up oder bei Tätowierungen bei für viele medizinische Behandlungen erforderliche Magnetresonanzuntersuchungen in den kommenden Jahren Reaktionen möglich sind. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Magnetresonanzuntersuchungen aufgrund vorhandenen Permanent Make-up´s oder Tätowierungen überhaupt nicht mehr durchgeführt werden können.
* Ich bin damit Einverstanden, dass an meinem Körper eine Permanent Make-up angebracht wird.
* Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-up´s aufgeklärt wurde.
* Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständliche beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.
* Ich bestätige weiter, dass ich eine Ablichtung bzw. Zweitschrift dieser Einverständniserklärung und eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Farben und Stoffe erhalten habe.

Datum, Ort Unterschrift Patient Unterschrift Behandler

Dokumentation: Ich gebe meine Zustimmung, dass Ergebnisse aus den Behandlungssitzungen fotografisch festgehalten werden dürfen um die Entwicklung der Behandlung objektiv bewerten zu können. Dies geschieht unter Voraussetzung der Einhaltung der Anonymität. Diese Dokumentationen dürfen für weitere Werbezwecke eingesetzt werden.

Datum, Ort Unterschrift Patient Unterschrift Behandler

Kundeninformation

Der Kunde ( nachfolgend kurz "ich") wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über den gesamten Ablauf der Behandlung unterrichtet. alle Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Über das erforderliche Verhalten vor, während und nach der Behandlung wurde ich informiert.

Im Rahmen des o.g. Beratungsgespräches wurde ich über Art, Zweck und Hergang der geplanten Behandlung, über Vor- und Nachteile sowie Risiken mündlich informiert. Neben individuellen Problemen meine Person betreffend wurde ich im Hinblick auf das Verfahren beim Permanent Make-up sowie der humanmedizinischen micro Pigmentation auf folgende Punkte besonders hingewiesen:

• Die micro Pigmentation ist eine Form der Tattoo-Behandlung, bei der unter anderem mit einer feinen Nadel Farbpigmente zum längerfristigen Verbleib in die oberen Hautschichten eingebracht werden.

• Die entsprechenden Hautpartien werden zuvor mit einer Salbe oder einem Liquid kurzzeitig oberflächlich betäubt. Diese Betäubungsmittel sind vom Kunden selber zu besorgen und aufzutragen.

• Nach der Behandlung kann es zu einer Schwellung, Rötung, Verkrustung, Spannungsgefühlen und vermehrter Narbengefahr kommen. Kunden mit Narbenkelloid-Bildung wird von einer Behandlung abgeraten.

• Die Micropigmentation hält je nach Hauttyp und bei ordnungsgemäßer Pflege mehrere Jahre. Ein vollständiges Verblassen bzw. eine Mindesthaltbarkeit kann nicht garantiert werden.

In den ersten Tagen nach der Behandlung wird das Farbergebnis dunkler erscheinen, das ungefähre Farbergebnis wurde mir vorher zu meiner Zufriedenheit demonstriert. Veränderungen im Farbergebnis können jederzeit vorkommen. Nach der ersten Behandlung ist das Ergebnis noch nicht perfekt. Eine Folgebehandlung ist wahrscheinlich. Diese sollte frühestens nach Wochen stattfinden.

VOR DER BEHANDLUNG

1 Woche vorher:

Meiden Sie Sonne und UV-Strahlung und unterziehen Sie sich im Behandlungsbereich keiner Peeling oder Schälkur. Bei einer Lippenbehandlung können Träger des Herpes Simplex Virus mit einem Ausbruch rechnen. Deshalb sollte eventuell bereits ca. eine Woche vorher und auf jeden Fall nach der Behandlung ein geeignetes Präparat aufgetragen bzw. besser eingenommen werden. Eine Rücksprache mit Ihrem Hautarzt oder Apotheker ist hierzu erforderlich.

24 Stunden vorher:

Keine Einnahme von Kaffee, Tee, Soft-Drinks mit Koffein oder Teein sowie Substanzen mit stimulierenden Inhaltsstoffen. Desweiteren sind gefäßerweiternde Mittel wie Alkohol, Acetylsalicylsäure (Aspirin) sowie Meeresfrüchte, scharfe Speisen oder übermäßige Mengen von rohem Fleisch wegen erhöhtem Harnsäurespiegel im Organismus zu vermeiden.

Nach DER BEHANDLUNG

Um einen erfolgreichen Heilungsprozess zu gewährleisten sollte nach der Behandlung für 8 Tage folgendes unterlassen werden:

• übermäßige UV-Bestrahlung, Solarium, Sonnenbaden oder Strandbesuche

• Saunabesuche, Schwimmen, trockene Kälte, Skifahren

• eigenmächtiges Entfernen der entstehenden Pigmentierkruste (z.B. durch reiben, kratzen oder ein zu hartes Handtuch ..)

• Dauerhafter Kontakt mit Wasser

• Scharfe Speisen, Meeresfrüchte

• Kontakt mit nicht geeigneten Pflegeprodukten wozu z.B. parfümierte Cremes oder Duschgel zählen. Es sollten ausschließlich die vom Behandler empfohlenen bzw. mitgegebenen Pflegeprodukte zum Einsatz kommen.

• Zur Vermeidung von Infektionen dürfen Pflegeprodukte nur mit sterilem Einwegmaterial aufgetragen werden.

• Wund- und Heilsalben ca. 3x tgl. auftragen (zu fette Salben auf keinen Fall verwenden).

STÄNDIG ZU BEACHTEN bei pigmentierter Haut:

• Sonnenschutz (Komplettschutz) wegen Verblassung.

• Vermeidung von Kontakt mit Säuren, Glykolsäure, Retinol etc. sowie Epilationslasern.

Vorbeugend wird eine jährliche Konsultation empfohlen um dem Farb- und Formveränderungsprozess rechtzeitig entgegen zu wirken.