



PHIREMOVAL

Einverständniserklärung für Phiremoval

Kundeninformation:

Vorname, Nachname, Alter	
Adresse; Tel.Nr., Email (Schriftverkehr mit dem Kunden findet per Email statt)	

Der Kunde wählt die folgende Behandlung (bitte ankreuzen):

Der Kunde bestätigt, dass er/sie eine Permanent Make-Up Entfernungsbildung haben möchte bei der, in Übereinstimmung mit den vom autorisierten Institut eingesetzten Verfahren und den nationalen Standards (Hygiene etc.) ein spezielles Pigment unter die Gesichtshaut gespritzt wird, um die Betonung der Augenbrauenform, Augen oder Lippen oder ein Tattoo zu entfernen.	
--	--

Um die vom Kunden gewählte Behandlung sicher auszuführen, übermittelt der Kunde Informationen indem er/sie die entsprechende Felder ankreuzt. Falls der Kunde es für notwendig hält zusätzliche Informationen über bestehende Krankheiten und/oder eingenommene Medikamente zu geben, so tut er/sie das auf zusätzlichen Seiten.

Krankheiten oder verabreichte Medikamente ab Ausfülltag dieser Einverständniserklärung	Ja Bei Zutreffen, bitte ankreuzen	Nein Bei Zutreffen, bitte ankreuzen
Hämophilie		
Diabetes mellitus		
Hepatitis A, B, C, D, E, F		
HIV		
Hautkrankheiten		
Ekzeme		
Allergien		
Autoimmunkrankheiten		
Sind Sie anfällig für Herpes?		
Ansteckende Krankheiten		
Hohes Fieber		
Epilepsie		
Herz-Kreislauf Probleme		
Nehmen Sie Blutverdünner (Antikoagulantien)?		
Sind Sie schwanger?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
Haben Sie Problem mit Wundheilung?		
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen konsumiert?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation bei der Sie radioaktiver Strahlung ausgesetzt waren? Oder hatten Sie irgendeinen anderen medizinischen Eingriff?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation oder stationäre medizinische Behandlung?		
Monatsblutung am Behandlungstag (erhöhte Schmerzempfindlichkeit und örtliche Schwellung sind bei Behandlungen direkt vor oder während der ersten Tage der Monatsblutung möglich)		



Bitte geben Sie die folgende Information an:

Ihre allergischen Reaktionen: (bitte geben Sie "keine" an, oder beschreiben Sie die Symptome der Allergie)	
Ihre Schmerzempfindlichkeit oder Angst vor Nadeln (bitte geben Sie "keine" an oder eine Beschreibung)	
Andere Probleme: kürzlich ausgeführtes, chemisches Peeling, andere Behandlungen (Filler/Botox), Gesichtschirurgie, Hautempfindlichkeit bei mechanischer Reizung etc. (bitte geben Sie „keine“ an oder beschreiben Sie entsprechende Ereignisse)	

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Fachkraft die Behandlung ausführen wird (im Weiteren „die Fachkraft“ genannt): _____
Eine Organisation, die die Behandlung ausführen wird (im Weiteren „das Institut“ genannt): _____

Zusicherungen des Kunden: Der Kunde bestätigt hiermit:

1. Die Fachkraft hat den Kunden vor der Unterschrift über den Hintergrund der Behandlungsmethode, die Art der Behandlung, die Ziele und Notwendigkeiten, erwartete Ergebnisse der Behandlung, den Fortschritt der Behandlung, die Anzahl und Frequenz der Behandlungen, die Risiken und möglichen Komplikationen in Bezug auf die Behandlung, die weitere Behandlung der Gesichtspartien, die während der Behandlung verletzt werden, sowie die anzuwendenden Maßnahmen, die Spritzen und anderen Materialien die genutzt werden, informiert, alle Fragen des Kunden beantwortet und auf Verlangen des Kunden, alle Aspekte der Behandlung, die dem Kunden Sorge bereiten, erklärt. Der Kunde hat die Bedingungen / Richtlinien für die Ausführung der Behandlung gelesen.
2. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, hat ein Meister dieser Behandlungsform den Kunden auf mögliche Probleme und Krankheiten hingewiesen, die die Ausführung der Behandlung nicht ratsam machen. Der Kunde leidet nicht an Hämophilie, Diabetes Mellitus, Hepatitis, HIV und/oder anderen ansteckenden Krankheiten und ist nicht schwanger. Der Kunde ist sich darüber im Klaren, dass jeder dieser Zustände eine Ausführung der Behandlung verhindert. Der Kunde nimmt keine Blutverdünner ein (Aspirin, Hjertemagnylis, Orpharin, regelmäßig eingenommene, entzündungshemmende Medikamente).
3. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, informiert der Kunde die Fachkraft über vergangene Krankheiten und ihre medikamentöse Behandlung um ihren Einfluss auf die Behandlung einschätzen zu können.
4. Der Kunde hat 24 Stunden vor der Behandlung weder Alkohol noch süchtig-machende Substanzen oder Stimulatoren zu sich genommen und wurde darüber informiert dieses auch in den 24 Stunden nach der Behandlung nicht zu tun.
5. Der Kunde versteht, dass er/sie Schmerzen empfinden wird, die durch Vereisung oder dem Auftragen einer speziellen Betäubungscreme örtlich reduziert werden können.
6. Der Kunde versteht, dass während oder nach der Behandlung Folgendes eintreten kann: eine Schwellung, eine Erhöhung des Blutdrucks, eine Rötung, eine Reizung, Schmerzen, ein Juckreiz, Trockenheit, eine allergische Reaktion oder Schorfbildung. All diese möglichen Folgeerscheinungen verschwinden mit der Zeit. Der Kunde ist darauf hingewiesen worden wie er/sie sich nach der Behandlung verhalten soll, in welchem Zeitraum die Nebenwirkungen verschwinden sollten und wie er/sie die Behandlung mit anderen kosmetischen Behandlungen und Produkten abstimmt.
7. Der Kunde versteht, dass das medizinische Risiko dieser Behandlung sich mit einer viralen, bakteriellen oder Pilzkrankheit anzustecken sehr ungewöhnlich ist, ebenso wie die Verletzung von Blutgefäßen und Nerven, allergische Reaktionen, Narben und das Wiederauftreten von Krankheiten an denen der Kunde leidet.
8. Der Kunde versteht, dass die Behandlung die Haut verletzt. Daher ist die angemessene Nachsorge der Haut notwendig um die komplikationslose Heilung der Haut sicherzustellen. Die unangemessene Hautpflege kann zu unangemessenen Behandlungsergebnissen führen. Weder die Fachkraft noch das Institut übernehmen für solche Ergebnisse die Haftung.
9. Der Kunde hat das uneingeschränkte Recht selber die Behandlung zu beauftragen und durchführen zu lassen, es sind keine Einverständniserklärungen anderer erforderlich. Der Kunde beauftragt die Ausführung der Behandlung freiwillig und nach Abschätzung aller Umstände.
10. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung hat der Kunde den Wortlaut dieser Einverständniserklärung durchgesehen, die Gelegenheit gehabt ihn mit eigens ausgewählten Personen durchzusprechen, darüber nachzudenken und zu bewerten. Der Kunde versteht den Wortlaut und den Sinn dieses Dokuments und ist mit den Regelungen einverstanden. Der Kunde gibt sein Einverständnis zur Durchführung der Behandlung und bestätigt das durch seine Unterschrift auf diesem Dokument. Der Kunde versteht, dass er/sie im Falle von irgendwelchen Fragen, er/sie sich an die Fachkraft wenden soll. Dieses Dokument gilt gleichzeitig als Dienstleistungsausweis. Es ist in zweifacher Ausfertigung ausgestellt worden, eine für den Kunden, eine für die Fachkraft / das Institut.
11. **Die Fachkraft / das Institut:**
 - a. Garantiert, dass die Behandlung in Übereinstimmung mit den Hygieneanforderungen und anderen rechtlichen Bestimmungen des Landes ausgeführt wird, in dem die Behandlung stattfindet
 - b. Garantiert die Vertraulichkeit der Kundeninformation und die Sicherheit der persönlichen Daten, sodass keine erhaltene Information an Dritte weitergegeben werden darf.

Unterschriften:

Platz für die Unterschrift des Kunden, das Datum der Durchführung der Behandlung:	Platz für die Unterschrift der Fachkraft, das Datum der Durchführung der Behandlung:



Kundenerinnerung:

1. Halten Sie die behandelte Hautpartie für 48 Stunden (2 Tage) nach der Behandlung trocken. Am dritten Tag beginnen Sie die von der Fachkraft verschriebene Pflege mehrmals täglich auf die behandelte Hautpartie aufzutragen.
2. **Am ersten Tag nach der Behandlung** ist die Haut empfindlich und kann rot und schuppig werden sowie nassen. Der Juckreiz kann weitere 2-3 Tage andauern.
3. Die stärker beanspruchten Hautpartien bilden Schorf. Dieser löst sich nach ein paar Tagen. Unter keinen Umständen sollte der Schorf berührt oder abgerissen werden.
4. **Für die ersten Tage nach der Behandlung gilt:**
 - 4.1. Nur mit qualitative hochwertigem lauwarmem Wasser waschen (ausser nach einer **Phiremoval**-Behandlung);
 - 4.2. Kein Auftragen von alkoholhaltigen Hauttonics oder anderen stimulierenden Produkten;
 - 4.3. Falls die Haut zu trocken, empfindlich und schuppig ist, sollte eine feuchtigkeitsspendende, regenerierende Creme aufgetragen werden.
5. **Zwischen dem fünften und siebten Tag nach der Behandlung kann ein leichter Hautausschlag erscheinen** – dieses ist eine pseudo-allergische Reaktion um tieferliegende Hautschichten zu stimulieren und verschwindet spontan nach ein paar Tagen.
6. **Vermeiden Sie für die Dauer von 2 Wochen nach der Behandlung** öffentliche Schwimmbäder, Sonnenbäder, Sonnenstudios, Saunen, kosmetische Behandlungen, Massagen, Sportstudios und anderen körperliche Aktivitäten, die zum Schwitzen und zu erhöhter Lymph-Aktivität führen, den Umgang mit Haustieren und ein staubiges und unhygienisches Umfeld.
7. **Vermeiden Sie für die Dauer von sieben Tagen nach der Behandlung** den direkten Kontakt mit aktiven, chemischen Substanzen (Vitaminkonzentrate, Vitamine C und A, Säuren und Alkohol).
8. **Vermeiden Sie für die Dauer von sieben Tagen nach der Behandlung** ungeprüfte Kosmetika oder Kosmetika, die Sie noch nie benutzt haben.
9. **Limitieren Sie die ersten Tage nach der Nutzung** den Gebrauch von dekorativen Kosmetika.
10. **Vermeiden Sie für die Dauer von sieben Tagen nach der Behandlung** den Missbrauch von Alkohol.
11. In den 6 Wochen nach der Behandlung muss der Kunde entweder einmal die Woche Fotos der behandelten Hautpartie an die Fachkraft übermitteln oder sie direkt aufsuchen, damit diese, mögliche Nebenwirkungen und den Heilungsprozess bewerten kann. Die Fachkraft bzw. das Institut haben das Recht diese Fotos in öffentlichen Präsentationen, zur Vorbereitung von Trainingshilfen und zur Einschätzung der Aktivitäten der Fachkraft in jeglichen Massenmedien (einschließlich des Internets, Werbebroschüren etc.) zu nutzen.