

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Kundenname: \_\_\_\_\_  
Vorname / Nachname

In einigen Fällen / Situationen kann die von Ihnen gewünschte SkinFusor-Anwendung kontraindiziert sein bzw. müssen wir Sie über mögliche Nebenwirkungen der gewünschten Anwendung aufklären. Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie um die folgenden Informationen über Ihren Gesundheitszustand:

**SkinFusor Anwendung allgemein**

<b>KEINE BEHANDLUNG</b>		
<b>Vorliegende Erkrankungen?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Hauterkrankungen, Hautinfektionen		
Akutes Fieber		
Infektionserkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Immuninsuffizienz		
Keloide bzw. Veranlagung zur Keloidbildung		
<b>Medikamente / Implantate / Therapien?</b>		
Dauerhafte oder akute Einnahme von Cortison Präparaten, z. B. Phenprocoumon (z. B. Marcumar), Glukokortikoiden, Warfarin, Heparin, Salicylsäure, Acetylsalicylsäure (z. B. Aspirin) oder andere blutverdünnende Medikamente		
Anti-Akne Medikamente (z. B. Roaccutan) in den letzten 12 Monaten		
<b>Sonstiges?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Schwangerschaft oder Stillzeit		
Alkohol-/ Drogen		

<b>GEGEBENENFALLS BEHANDLUNG</b>		
<b>Vorliegende Erkrankungen / Schönheits-OPs? → Attest vom / Rücksprache mit Facharzt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Hautkrebs		
Sonst. Krebserkrankung oder –verdacht		
Schönheitsoperationen in den letzten 6 Monaten		
<b>Unterspritzungen im zu behandelnden Bereich? Eine Beeinträchtigung der Unterspritzung kann nicht ausgeschlossen werden. → Attest vom / Rücksprache mit Facharzt oder explizite Einwilligung des Kunden per Unterschrift, dass sie die Anwendung trotz erfolgter Aufklärung über potentielle Beeinträchtigung auf eigenes Risiko wünscht</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Botox		
Filler		
<b>Vorliegende Allergien? → Welche? → Abgleich mit zur Anwendung kommenden Produkten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Allergien:		
<b>Sonstiges? → Distanzzeiten einhalten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Chemisches Peeling oder Schälkur in den letzten 6 - 8 Wochen		
Fruchtsäure-Peeling-Kur bei der Kosmetikerin in den letzten 2 Wochen		
Ablative Laserbehandlung beim Dermatologen in den letzten 6 - 8 Wochen		



**HydroFusion Anwendung**

<b>KEINE BEHANDLUNG</b>		
<b>Vorliegende Erkrankungen?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Herzerkrankung</b>		
<b>Medikamente / Implantate / Therapien?</b>		
<b>Herzschrittmacher</b>		
<b>Metallimplantate im zu behandelnden Bereich</b>		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der o. g. Anwendung einverstanden bin. Die zugehörige Datenschutzerklärung liegt in den Räumlichkeiten des behandelnden Kosmetikinstitutes aus und habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die bevorstehende SkinFusor-Anwendung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt worden bin und den Informationsbogen für die gewünschte Anwendung erhalten habe sowie die Richtigkeit meiner o. g. Angaben. Änderungen bei den o. g. Angaben werden vor jeder weiteren Behandlung von mir angegeben.

Nur bei Unterspritzungen: Ich bin zudem umfassend darüber aufgeklärt worden, dass es durch die SkinFusor-Anwendung zu Beeinträchtigungen meiner Unterspritzung kommen kann und ich wünsche die Behandlung auf mein eigenes Risiko.

<b>Ort, Datum:</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>
--------------------	-----------------------------

<b>1. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

<b>2. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

<b>3. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

**Institutsstempel / Mitarbeiter**