

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

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

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

<b>KEINE BEHANDLUNG</b>		
<b>Vorliegende Erkrankungen?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Blutgerinnungsstörungen		
Herzerkrankung		
Gefäßerkrankung, z. B. Thrombose		
Schwere Durchblutungsstörungen		
Diabetes		
Erkrankungen des Nervensystems, wie Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose, Gesichtslähmungen		
Akute bakterielle oder virale Infektion (z. B. Fieber, Grippe, Tuberkulose)		
Autoimmunerkrankung (z.B. Vitiligo)		
Rosazea		
Akute Bindehautentzündung, sonstige Entzündungen im Augen- oder Mundbereich		
Akuter Herpes		
Glaukom (grüner Star)		
<b>Medikamente / Implantate / Therapien?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Antibiotika		
Herzschrittmacher		
Implantierte Insulinpumpe		
Metallimplantate im zu behandelnden Bereich		
Chemo- oder Radiotherapie		
<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?</b> → Welche? → Abgleich mit zur Anwendung kommenden Produkten	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Allergien:		
<b>Sonstiges?</b> → Distanzzeiten einhalten	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Kataraktoperation (Einsatz Kunstlinse) in den letzten 8 Wochen		
Lasik zur Behandlung von Fehlsichtigkeit in den letzten 8 Wochen		
Glaukom- oder Netzhauteingriffe in den letzten 3 Monaten		
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		

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 Radiofrequenz-Anwendung mit dem BABOR TECH SkinFirmor RF und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt worden bin und den Informationsbogen für die gewünschte Radiofrequenz-Anwendung erhalten habe sowie die Richtigkeit meiner o. g. Angaben. Änderungen bei den o. g. Angaben werden vor jeder weiteren Behandlung von mir angegebeben.

Nur bei Unterspritzungen: Ich bin zudem umfassend darüber aufgeklärt worden, dass es durch die Radiofrequenz-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>4. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>	<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

<b>2. Behandlung</b>		<b>5. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>	<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

<b>3. Behandlung</b>		<b>6. Behandlung</b>	
<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>	<b>Am: (Datum)</b>	<b>Unterschrift (Kunde)</b>

**Institutsstempel / Mitarbeiter**