

**Einwilligungserklärung Plasma Behandlung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname Telefonnummer/ E-Mail

­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße Wohnort

gegenüber der Kosmetikerin: Maria Truhlsen, Seestraße 68 in 14789 Wusterwitz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde über die kosmetische LCN Plasma Behandlung ausführlich informiert und wurde darauf hingewiesen, dass bei der Behandlung winzige Plasmablitze erzeugt werden. Dieser Plasma Blitz springt auf die Haut über und lässt sie dort in einem winzigen Punkt verdampfen, wodurch sich die Haut in der Umgebung minimale zusammenzieht.

Mir ist weiter bekannt, dass nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, wie erfolgreich oder dauerhaft das Resultat ist.

Ich weiß, dass zum Erreichen des gewünschten Ergebnisses mehrere Sitzungen notwendig sind.

Die Anzahl der Behandlungssitzungen, um das gewünschte Resultat zu erzielen, ist abhängig von meinem Hautzustand,

der Größe des zu behandelnden Areals und dem Ausgangszustand der Haut. Der Mindestabstand zwischen den Behandlungen beträgt 3 Monate. Meine Kosmetikerin bestimmt den Abstand in Abwägung mit meinem Hautzustand und der

Haut-Reaktion und kann diesen auch verlängern.

Die LCN Plasma Methode arbeitet mit einem Gerät, das ausschließlich der kosmetischen Behandlung dient und nicht zur Behandlung von Erkrankungen der Gesundheitsbeschwerden geeignet ist.

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Plasma Behandlung ausführlich unterrichtet worden bin.

Selbst bei verantwortungsvoller Durchführung der Behandlung bestehen Risiken, die im Folgenden genannt werden:

-Wundinfektion/ Wundheilungsstörung

-Narbenbildung ( sehr selten)

-Pigmentstörungen (unbedingt Nachsorgeempfehlungen einhalten)

Das Risiko einer Hyper- und Hypopigmentierung ist gering, kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Hier ist die empfohlene Nachsorge und der geeignete UV Schutz wesentlich.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es 1-4 Tage nach der Behandlung zu Schwellugen unterschiedlichen

Ausmaßes kommen kann. Sollten diese auch noch nach 10 Tagen bestehen, ist meine Kosmetikerin zu kontaktieren oder einen Arzt zu konsultieren. Durch die Behandlung kommt es zu Verschorfungen, die nach ca. 5-12 Tagen abheilen.

Leichte Rötungen können bis zu 3 Wochen anhalten.

**Ich wurde darauf hingewiesen, nach der Behandlung folgende Punkte zu unterlassen**

**bzw. folgende Punkte in der Nachsorge zu beachten:**

-UV-Bestrahlungen, sowie längere und intensive Sonneneinstrahlung und auch

kürzere Aufenthalte in der Sonne sind ca. 6 Monate zu vermeiden.

Ein ausreichender UV- Schutz ist auf die behandelten Hautreale aufzutragen (Faktor 50)

-Sport, Sauna- und Schwimmbadbesuche sind bis zur Abheilung der Krusten zu unterlassen

-das Benutzen von Kosmetika, Reinigungsprodukten und Make-up sind bis zur Abheilung der Krusten zu unterlassen

-das Reiben und Entfernen von Krusten ist zu unterlassen

-dauernder Kontakt mit Wasser ist zu vermeiden

**Keine Behandlungen kann durchgeführt werden und wird nicht empfohlen:**

-wenn ich blutverdünnende oder entzündungshemmende Medikamente einnehme

-wenn Hauterkrankungen, Hautveränderungen oder Pigmentanomalien jeglicher Art vorliegen, die Auswirkungen auf die Behandlung(en) haben

-wenn ich an Epilepsie oder einer Hitzeallergie leide

-wenn ich an Bluter – und / oder Diabeteskrankheit leide

-wenn eine Hepatitis – und / oder HIV-Infektion vorliegt

-wenn ich Alkohol, Medikamente oder Drogen zu mir genommen habe

-wenn eine Verheilungsschwäche vorliegt oder ich an einer Autoimmunschwäche leide

-wenn ich derzeit mit Cortison behandelt werde

-wenn ich unter Herzrhythmusstörungen leider oder einen Herzschrittmacher trage

-wenn ich am Behandlungstag Kaffee oder sonstige Koffeinhaltige Getränke zu mir genommen habe

-wenn ich mich in einer Krebstherapie befinde

-wenn ich Metallimplantate im Körper trage

-wen ich schwanger bin oder mich in der Stillzeit befinde

-wenn ich regelmäßig Johanniskraut einnehme

-wenn die behandelte Stelle zuvor einer Laserbehandlung, einem Säurepeeling(1 Monat)

oder Unterspritzungen(3Monate) unterzogen wurde

Leide ich an Herpes Simplex, sollte ich mich vor der Durchführung einer umfassenden Antivirusbehandlung unterziehen,

die mit dem Arzt abgesprochen wird**.**

 **Ich versichere weiterhin, dass zurzeit keinerlei körperlichen Beschwerden, Allergien oder Krankheiten bestehen**

**und alle relevanten Informationen weitergegeben worden sind**.

Bei einer Plasma Behandlung im Augenbereich sind Kontaktlinsen zu entfernen. Zudem versichere ich, dass in den letzten 6 Monaten keine Unterspritzungen im gesamten Behandlungsbereich durchgeführt wurden oder sich andere permanente Füllmaterialien in der Haut befinden (z.B. Silikon). Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass eine Behandlung mit der oben genannten Methode wünsche und dass meine zuvor gemachten Angaben richtig sind.

Mir wurde die Gelegenheit gegeben, alle vorhandenen Fragen bezüglich der Behandlung zu stellen.

 Mir wurden alle Fragen nach bestem Vermögen beantwortet und ich habe die Antworten verstanden. Mir wurde ausreichend Zeit gelassen, um mich selbstständig zu entscheiden, diese kosmetisch, ästhetische Behandlung durchführen zu lassen. Veränderungen der hier gemachten Angaben sind vor jeder weiteren Behandlung unverzüglich mitzuteilen.

Ich versichere, dass ich über 18 Jahre alt bin, die oben genannten Informationen durchgelesen habe

und mein Einverständnis zu der Behandlung erteile.

**Vergütungshöhe Erstbehandlung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vergütungshöhe Folgebehandlung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wusterwitz, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

