

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

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

In einigen Fällen / Situationen kann die von Ihnen gewünschte Micro Needling-Anwendung kontraindiziert sein bzw. müssen wir Sie über mögliche Nebenwirkungen der gewünschten Micro Needling-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		
Diabetes		
Herzerkrankung		
Gefäßerkrankung, z. B. Thrombose		
Schwere Durchblutungsstörungen		
Erkrankungen des Nervensystems, wie Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose		
Akute bakterielle oder virale Infektion (z. B. Fieber, Grippe, Tuberkulose)		
Herpes		
HIV		
Hepatitis		
Autoimmunerkrankung (z. B. Vitiligo)		
Akute Bindehautentzündung		
Schuppenflechte		
Neurodermitis		
<b>Medikamente / Implantate / Therapien?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</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 in den letzten 12 Monaten		
Antibiotika		
Chemo- oder Radiotherapie		
Kortikosteroid-Therapie		
<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>
Chemisches Peeling oder Schälkur in den letzten 8 Wochen		
Laserbehandlung zur Haarentfernung in den letzten 2 Wochen im zu behandelnden Bereich		
Laserbehandlung beim Dermatologen in den letzten 8 – 12 Wochen im zu behandelnden Bereich		

<b>AUFKLÄRUNG ERFORDERLICH</b>		
<b>Medikamente?</b> → Hinweis zu erhöhter Lichtempfindlichkeit	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Hormonpräparate, u. a. hormonelle Verhütung		

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 ich habe sie zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die bevorstehende Micro Needling-Anwendung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt worden bin und den Informationsbogen für die gewünschte Micro Needling-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 Micro Needling-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**