



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR NEUKUNDEN DER KRYOLIPOLYSE

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: ____ . ____ . ____

STRASSE: _____ PLZ, ORT: _____

Dieses Merkblatt ist die Grundlage für die Erstberatung (Aufklärungsgespräch) vor der Kryolipolyse Behandlung mit dem Therapeuten.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift, diese genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an der Kryolipolyse Behandlung teilzunehmen. Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten hätte, die mich vor einer Kryolipolyse Behandlung hindern können.

Medikamente oder Betäubungsmittel (Blutverdünnende Medikamente, Psychopharmaka etc.) die ebenfalls eine Einschränkung bewirken können, nehme ich derzeit nicht ein. Sollte sich während der Behandlung eine Eintrübung meines Gesundheitszustandes ergeben, werde ich den Arzt oder der MPA sofort in Kenntnis setzen und die Behandlung abbrechen lassen.

Die Kryolipolyse Behandlung ist schmerzfrei, wird aber immer gespürt. Unmittelbar nach der Kryolipolyse Behandlung kann die Hautstelle eine rötliche Färbung zeigen. Eine leichte Schwellung und kleine Hämatome (Blutergüsse) können auftreten. Diese Veränderungen sind normalerweise innert wenigen Tagen vollständig verschwunden.

Nach 6 Wochen kann man eine Folgebehandlung durchführen. Insgesamt kann man pro Körperareal 3 Behandlungen im Abstand von 6 Wochen durchführen, um die maximale Fettzellenreduktion zu erreichen (bismax. 60%).

Eine Pigmentstörung kann sich bilden wenn die äussere Haut verletzt wird und eine Entzündung entsteht. Nach der Kryolipolyse Behandlung ist sie allerdings sehr selten, kann aber vorkommen falls Sie empfindlich gegen Kälte reagieren.

Den Anweisungen des Therapeuten insbesondere den sicherheitsrelevanten Anweisungen im Behandlungsraum, muss unbedingt Folge geleistet werden. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben. Ich bin mir darüber bewusst, dass der Arzt die Behandlung generell ablehnen kann, falls die Risiken den zu erwarteten Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder die Praxis Dr. Wüst oder deren Mitarbeiter oder Arzt, beratende Mitarbeiter der Fa. cosmedic-luzern, oder den Inhaber der Fa. KryoShape oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. Die Teilnahme an der Behandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und Grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt. Mir ist bekannt, dass ich nach der Erstbehandlung keine Folgebehandlung kaufen muss.

Ich willige in die Behandlung ein und erlaube der behandelnden Person, mich vor, während und nach der Behandlung zu fotografieren. Diese Fotos werden zu diagnostischen Zwecken sowie zur Dokumentation meines Ansprechens auf die Behandlung verwendet.

Ich weiss, dass die Kosten für die Kryolipolysebehandlung nicht von den Krankenkassen übernommen werden, und somit die Kosten vollumfänglich von mir selber getragen werden müssen. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach der Behandlung in Bar oder mit Kartenzahlung. Bei bestehenden Patienten kann nach Rücksprache mit dem Arzt eine Rechnung ausgestellt werden. Das Risiko von Behandlungen wird durch die körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Hatten Sie schon einmal eine Liposuktion (Fettabsaugung) zur Umfangsreduktion?

ja nein

2. Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

3. Leiden Sie unter Erkrankungen vom Fettgewebe oder Leber?

ja nein

4. Leiden Sie unter einer aktiven Kälte- und Druckurtikaria (Rötungen, Schwellungen, Nesselsucht?)

ja nein

5. Leiden Sie unter Kryoglobulinämie (Gefässentzündungen)?

ja nein

6. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt?
(z.B. Gefässe, Herz, Nieren, Leber, Lungen, **Schilddrüsen**, Nervensystem)

ja nein

7. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher / Defibrillator eingepflanzt?
(z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefässe, Bronchialasthma)

ja nein

8. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit? (z. B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)

ja nein

9. Leiden Sie unter verzögerter Wundheilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer ungewöhnlich starken Narbenbildung?

ja nein

10. Leiden Sie unter Hypo-/Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?

ja nein

11. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

ja nein

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen der Kryolipolysebehandlung (Rötung, Schwellung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut) bekannt.

Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Kryolipolyse Behandlung stark von der Hautbeschaffenheit, Lymphsystem und des Ansprechens auf die Behandlung abhängt.

Datum: _____, _____, 201_____

Unterschrift: _____