

# Einverständniserklärung zur Behandlung mit Laser Geräten

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Wohnort:</b>	
<b>Tel.Nr.:</b>	

## Behandler:

Das **Merkblatt** ist die Grundlage für die Erstberatung (Aufklärungsgespräch) vor der Laserbehandlung mit dem Therapeuten.

Ich, der Unterzeichnende bestätige mit meiner Unterschrift, dieses genau gelesen und verstanden zu haben. Weiter bestätige ich, dass ich mich gesund fühle und fähig bin an einer Laserbehandlung teilzunehmen. Mir ist nicht bekannt, dass ich eine akute oder chronische Erkrankung des Herzens, der Atemwege, der Haut oder sonstige Krankheiten hätte, welche als Kontraindikation für eine Laserbehandlung anzusehen wären.

Ich wurde im persönlichen Gespräch mit oben genanntem Behandler über Art, Zweck und Ablauf der Behandlung in mir verständlicher Weise aufgeklärt. Ich habe alle Hinweise verstanden und habe alle Fragen zu Medikamenten und Krankheiten meiner Person nach bestem Wissen beantwortet.

Medikamente oder Betäubungsmittel, die ebenfalls eine Einschränkung bewirken können, nehme ich derzeit nicht ein. Sollte sich während der Behandlung eine Eintrübung meines Gesundheitszustandes ergeben, werde ich den Therapeuten sofort in Kenntnis setzen und die Behandlung abbrechen lassen. Für den Fall, dass die von der Kundin/dem Kunden gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, verzichtet der Unterzeichner auf jegliche Schadenersatzansprüche gegenüber dem oben genannten Behandler.

Über das erforderliche Verhalten sowie den notwendigen Sonnenschutz, vor während und nach der Behandlung wurde ich eingehend unterrichtet und auf mögliche Komplikationen und Risiken in der Zeit während und nach der Behandlung hingewiesen. Ich wurde eingehend über die Risiken einer künstlichen Bräune (Sonneneinstrahlung, Sonnenbank, Selbstbräuner), sowie die Einnahme lichtsensibilisierender Mittel wie z.B. Johanniskraut , hingewiesen.

Mir ist bewusst, dass die Therapeuten in der Regel keine Dermatologen sind, sondern intern ausgebildete Praktiker für die angewendete Behandlungsmethode sowie für die verwendeten Lasergeräte. Die Lasergeräte sind zertifizierte Beauty- oder Medizinalgeräte und erfüllen die Sicherheitsstandards für kosmetische-ästhetische Lasertheraphien.

Den Anweisungen des Therapeuten insbesondere den sicherheitsrelevanten Anweisungen im Behandlungsraum, werde ich unbedingt Folge leisten. Ein Nichtbefolgen der Anweisungen kann einen Abbruch der Behandlung zur Folge haben. Ich bin mir darüber bewusst, dass der Therapeut die

Behandlung generell ablehnen kann, falls die Risiken den zu erwartenden Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder den Therapeuten oder die Gesellschafter, Eigentümer, Betreiber, beratende Dermatologen, Personal, den Laserschutzbeauftragten oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. Die Teilnahme an der Laserbehandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass ich nach der Erstbehandlung keine Folgebehandlungen kaufen muss.

Ich willige in die Behandlung ein und erlaube den Therapeuten, 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 Laserbehandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden und ich diese selbst bezahlen muss. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung in bar oder per EC-Karte. Bei Buchung einer Flatrate ist die Bezahlung vorab zu entrichten, bei vorzeitigem Abbruch wird der reguläre Preis der erfolgten Behandlungen berechnet und die Differenz ausbezahlt.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben, dass ich ausreichend über die Behandlung aufgeklärt und beraten wurde und dass ich alles gut verstanden habe.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_