

Dokumentierte Patienten-Aufklärung und Einwilligungserklärung

Patient/in:

Name, Vorname: _____
 Geburts-Datum: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 PLZ, Ort: _____
 Telefon Festnetz: _____
 Telefon Mobil: _____
 E-Mail: _____

I. Patientenaufklärung

1. Anamnese – Wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Eine Elektro-Epilation darf bzw. sollte nur durchgeführt werden, wenn keine Hinweise auf gesundheitliche Gegenanzeigen bestehen. Eine in Ihrem eigenen Interesse liegende vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist daher zwingende Voraussetzung dafür, dass etwaige Gefahren und Risiken im Vorfeld besser abgeschätzt werden können.

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?										
Bluterkrankheit (Hämophilie)?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Allergien?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Blutverdünnungstherapie?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?					
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>						
HIV-Infektion?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?					
Asthma:?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>						
Epilepsie?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	andere akute Erkrankung?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Herzfehler/Herzschrittmacher?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?					
Neurodermitis?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Hepatitis?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Wundheilungsstörungen?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?					
andere Hautkrankheiten?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>						
wenn ja, welche?					Andere Einschränkungen					
					Nehmen Sie Medikamente?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
akuter fieberhafter Infekt?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?					
chronische Erkrankung?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>						
wenn ja, welche?					Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

2. Mögliche Komplikationen und weitere Informationen

Die Elektroepilation ist eine apparative Methode zur permanenten Haarentfernung und kann zu kurzzeitigen Hautirritationen führen.

Nach der Behandlung kann es zu vorübergehender Rötung, Schwellung, Kribbeln, Wärme- und Spannungsgefühl, Pusteln, Hämatomen, Hyper- und Hypopigmentierung, Wundsekret- und Schorfbildung kommen.

Sollten diese Symptome über einen längeren Zeitraum andauern oder andere Reaktionen auftreten, kontaktieren Sie mich bitte umgehend.

Die Elektroepilation verursacht eine Verletzung in der Haut. Um Komplikationen zu vermeiden ist Ihre Mitwirkung unbedingt erforderlich:

- Lesen und beachten Sie sorgfältig die anliegenden „Hinweise nach den Behandlungen“.
- Die Nichtbeachtung dieser Hinweise kann unerwünschte Reaktionen (z. B. Entzündungen) und damit verbundene Folgen (z. B. Narben) nach sich ziehen.
- Für falsche oder falsch verstandene Nachsorge wird jegliche Haftung ausgeschlossen.

Der Behandlungsfortschritt wird durch Ihr Mitwirken entscheidend beeinflusst.

- Lesen und befolgen Sie bitte sorgfältig die anliegenden „Empfehlungen vor und zwischen den Behandlungen“.
- Kein oder nur eingeschränktes Mitwirken Ihrerseits wirkt sich negativ auf den Behandlungserfolg aus.
- Die Behandlung erfolgt grundsätzlich ohne Erfolgsgarantie.

Zur Dokumentation der Ausgangssituation und des Behandlungsfortschritts werden vor und während der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht.

II. Bestätigungen

Hiermit bestätige ich das Folgende:

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlungskosten grundsätzlich nicht von meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse übernommen werden.

Alle meine Angaben in dieser Patienten-Aufklärung und Einwilligungserklärung – insbesondere zu meinem Gesundheitszustand – sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Ich werde etwaige künftige Änderungen meiner Gesundheitssituation – insbesondere die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung ärztlicher Behandlungen – unverzüglich mitteilen.

Ich wurde über das Verfahren der Elektro-Epilation, etwaige Nebenwirkungen, potenzielle Risiken und Komplikationen (z. B. Schmerzen, Schwellungen, Übersensibilität und Infektionen) in einem persönlichen Aufklärungsgespräch ausführlich und umfassend informiert.

Ich habe diese Information verstanden und weiß jetzt, wie diese Risiken minimiert werden können.

Mir wurden die „Hinweise & Empfehlungen zur Behandlung mit Elektroepilation“ klar und verständlich erläutert. Ich habe verstanden, welche Handlungen und Vorsichtsmaßnahmen ich ergreifen muss.

Eine schriftliche Ausfertigung derselben wurde mir ausgehändigt.

Alle meine Fragen wurden verständlich und erschöpfend beantwortet.

Sofern zu einem späteren Zeitpunkt etwaige weitere Fragen auftreten sollten, werde ich diese unverzüglich stellen.

Sofern im Verlauf der Behandlung weitere Körperbereiche behandelt werden sollen, gilt diese Patienten-Aufklärung und Einwilligungserklärung auch für diese Behandlungen.

Mir ist bekannt, dass die die Elektro-Epilation durchführende Behandlerin eine qualifizierte Fachkraft ist, aber keine ärztliche Tätigkeit ausübt.

Ich wurde eingehend darüber aufgeklärt, dass die Elektro-Epilation einen Eingriff darstellt, der meinen Körper verletzt und daher rechtlich als Körperverletzung zu bewerten ist.

Ich erkläre mich im Sinne des § 228 StGB damit einverstanden, dass die die Elektro-Epilation durchführende Behandlerin bei mir einen Eingriff an meinem Körper vornimmt.

Durch diese Einwilligung entfallen die Rechtswidrigkeit der Behandlung und damit auch die Strafbarkeit gemäß den §§ 223 ff. StGB.



Die nachfolgende Einwilligungserklärung wurde von mir nach ausreichender Bedenkzeit und vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Ich habe eine Kopie dieser Patienten-Aufklärung und Einwilligungserklärung erhalten.

III. Einwilligungserklärung

Ich bin ausdrücklich damit **einverstanden**, dass das Studio

BeautySchmiede

Maria Kuckuck-Keizer

Wallstraße 5e

26188 Edewecht

Bundesrepublik Deutschland

Telefon: - 0174 - 909 6387

Telefax: -

E-Mail: info@beautyschmiede.de

Internet: <https://www.beautyschmiede.de>

den vorgesehenen Eingriff einer **Elektro-Epilation einschließlich der dazu erforderlichen Vor- und Nachuntersuchung** bei mir vornehmen darf.

Edewecht, den

Kunde/in (und gegebenenfalls Erziehungsberechtigte)