

Hydrafacial®

Get The Best Skin of Your Life.

Einverständniserklärung zur Behandlung



Hydrafacial ist die einzige Hydradermabrasionsbehandlung, die Vorreinigung, Peeling, Ausreinigung, Feuchtigkeitspflege und antioxidativen Schutz miteinander vereint. Nach der Behandlung sehen Sie sofortige Ergebnisse. Freuen Sie sich über reine, schöne Haut mit dem ganz besonderen Hydrafacial Glow. Die Hydrafacial-Behandlung ist beruhigend, feuchtigkeitsspendend, nichtinvasiv und normalerweise nicht hautreizend. Wie bei den meisten Verfahren, können die sichtbaren Ergebnisse von Person zu Person variieren.

Folgende Reaktionen können auftreten:

- Eventuell fühlt sich Ihre Haut vorübergehend gereizt an, spannt oder weist Rötungen auf. Dies sind alles normale Reaktionen, die, je nach Hautempfindlichkeit normalerweise innerhalb von 72 Stunden wieder abklingen.
- Eventuell spüren Sie ein Kribbeln und Stechen im behandelten Bereich. Dies lässt üblicherweise innerhalb weniger Stunden nach.
- Die möglichen Hautreaktionen der Kunden sind sehr individuell. Bei einigen Kunden können diese Symptome auch mit leichter Verzögerung auftreten.
- Die positiven Effekte der Behandlung mit Hydrafacial werden Sie wahrscheinlich umgehend nach der Behandlung wahrnehmen können. Ihre Haut fühlt sich glatt und hydriert an. Der Effekt kann eine Woche oder sogar bis zu vier Wochen lang anhalten, wenn die Behandlungsergebnisse mit einer passenden Pflegeroutine zu Hause aufrechterhalten werden.
- Die Haut ist anfälliger für Sonnenbrand/Sonnenschäden. Vermeiden Sie übermäßige Sonneneinstrahlung und verwenden Sie einen Sonnenschutz mit mindestens LSF 40.

Welche der folgenden Punkte treffen auf Sie zu?*

Akute Akne oder eine Infektion _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Offene Wunde oder Fieberbläschen _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akute Infektion im Behandlungsbereich _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akuter Sonnenbrand _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hauterkrankungen wie ein Ekzem, Dermatitis oder ein Ausschlag _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Autoimmunerkrankung wie z.B. Lupus erythematodes _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Viruserkrankung wie HIV oder Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Therapie mit Gerinnungshemmern _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Melanom oder Hautveränderungen mit Verdacht auf Bösartigkeit _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft oder Stillzeit _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankungen wie Epilepsie (LED-Licht) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionen des Harnsystems, d. h. Nieren, Blase und Harnröhre (Lymphdrainage) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Morbus Crohn (Lymphdrainage) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenüberfunktion (Lymphdrainage) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tiefe Venenthrombose (Lymphdrainage) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lymphödem (Lymphdrainage) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

*Wenn Sie „Ja“ auswählen, bedeutet das nicht automatisch, dass die Behandlung bei Ihnen nicht durchgeführt werden kann.

Hydrafacial®

Get The Best Skin of Your Life.

Einverständniserklärung zur Behandlung



Haben Sie kürzlich*

Isotretinoin, topische Therapie oder Antibiotika verwendet? _____ Ja Nein

Filler, Injektionen oder Laserbehandlungen erhalten? _____ Ja Nein

Ich bestätige Folgendes:

- Ich werde mindestens 2 Wochen vor und nach der Behandlung darauf achten, in den Behandlungsbereichen keine aggressiven Peelings, Waxings und Produkte, die Glykolsäuren oder Retinole enthalten und nicht Teil der empfohlenen Pflegeroutine für zu Hause sind, anzuwenden.
- Eventuell werden vor, während und nach der Hydrafacial-Behandlung Fotos gemacht. Die Fotos werden nur mit meinem schriftlichen Einverständnis für Schulungs- und Werbezwecke verwendet.
- Die aufgeführten Informationen wurden mir erklärt und all meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe die obigen Informationen gelesen und gebe mein Einverständnis zur Hydrafacial-Behandlung durch das Personal von _____.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben aufgeführten Informationen gelesen habe, und gebe mein Einverständnis zur Behandlung mit dem Hydrafacial-System. Diese Einverständniserklärung ist für alle zukünftigen Hydrafacial-Behandlungen gültig. Ich werde das Personal darauf hinweisen, falls sich in Zukunft etwas an meiner Anamnese ändert.

Name in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

*Wenn Sie „Ja“ auswählen, bedeutet das nicht automatisch, dass die Behandlung bei Ihnen nicht durchgeführt werden kann.