

Kundenformular für Microneedling-Behandlung

Persönliche Informationen

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail-Adresse: _____

Gesundheitliche Informationen Um sicherzustellen, dass die Microneedling-Behandlung sicher und effektiv durchgeführt werden kann, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

1. Haben Sie Allergien?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche? (z.B. gegen Betäubungsmittel, Kosmetika, Medikamente):
2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche?
3. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Retinol (Vitamin-A-Säure) oder ähnliche Produkte verwendet?
 - Ja / Nein
4. Haben Sie Hauterkrankungen wie Akne, Ekzeme, Psoriasis oder Rosazea?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche?
5. Haben Sie in der Vergangenheit Probleme mit der Wundheilung oder der Bildung von Narben (z.B. Keloide) gehabt?
 - Ja / Nein
6. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder andere medizinische Implantate?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
7. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend):
 - Diabetes
 - Immunschwäche
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Blutgerinnungsstörungen
 - Hautkrebs
 - Autoimmunerkrankungen
 - Andere chronische Erkrankungen (bitte angeben):
8. Haben Sie in den letzten 6 Monaten kosmetische Behandlungen wie Lasertherapie, chemisches Peeling oder Filler-Injektionen durchgeführt?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche und wann?
9. Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?
 - Ja / Nein

10. Leiden Sie an einer Virusinfektion, z.B. Herpes?
○ Ja / Nein
11. Haben Sie in den letzten 2 Wochen starke Sonneneinstrahlung gehabt oder planen Sie, nach der Behandlung direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt zu sein?
○ Ja / Nein

Zustimmung zur Behandlung Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

1. Ich bestätige, dass alle oben angegebenen Informationen korrekt und vollständig sind.
2. Ich verstehe, dass die Ergebnisse der Microneedling-Behandlung je nach individuellen Faktoren variieren können und dass mehrere Behandlungen erforderlich sein können, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.
3. Ich bin mir der Risiken bewusst, die mit der Microneedling-Behandlung verbunden sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Rötungen, Schwellungen, Hautreizungen, Blutergüsse und temporäre Schmerzen.
4. Mir wurde erklärt, dass die Behandlung kurzfristige Nebenwirkungen verursachen kann und dass das Endergebnis von der Reaktion meines Körpers auf die Behandlung abhängt.
5. Ich bestätige, dass mir die Nachsorgeanweisungen erklärt wurden und ich mich verpflichte, diese zu befolgen, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen und Komplikationen zu vermeiden.
6. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass während der Behandlung Fotos gemacht werden können, die für Dokumentations- und Werbezwecke verwendet werden dürfen.
7. Ich entbinde das Kosmetikstudio und den Behandler von jeglicher Haftung für unerwünschte Ergebnisse oder Komplikationen, die aus unvollständigen oder falschen Angaben meinerseits resultieren.

Datum: _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift des Kunden: _____

Unterschrift des Behandlers: _____