

Kundenformular für Radiofrequenzbehandlung

Persönliche Informationen

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

Gesundheitliche Informationen

Um die Sicherheit und Wirksamkeit der Radiofrequenzbehandlung zu gewährleisten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß:

1. Haben Sie Allergien?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche? (z.B. gegen Metalle, Medikamente, Kosmetika):

2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche?

3. Haben Sie Herzschrittmacher oder andere implantierte elektronische Geräte?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte angeben:

4. Haben Sie Metallimplantate im Körper (z.B. Zahnimplantate, Gelenkprothesen)?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

5. Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

6. Haben Sie Bluthochdruck oder niedrigeren Blutdruck?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, wird dieser medikamentös behandelt?
-

7. Leiden Sie an Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis) oder haben Sie kürzlich Sonnenbrand gehabt?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

8. Haben Sie eine Neigung zu Krampfadern oder Besenreisern?

- Ja / Nein

9. Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?

- Ja / Nein

10. Leiden Sie an Epilepsie oder anderen neurologischen Erkrankungen?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

11. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

- Diabetes

- Krebs
 - Autoimmunerkrankungen
 - Immunschwäche
 - Andere chronische Erkrankungen (bitte angeben):
-

12. Haben Sie kürzlich andere ästhetische Behandlungen (z.B. Laser, chemisches Peeling) durchgeführt?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, welche und wann?
-

Behandlungsziele und Erwartungen

1. Welche Bereiche des Körpers möchten Sie mit der Radiofrequenzbehandlung behandeln?

- Gesicht
 - Hals
 - Dekolleté
 - Bauch
 - Oberschenkel
 - Andere (bitte spezifizieren):
-

2. Was sind Ihre Hauptziele der Behandlung?

- Hautstraffung
 - Reduzierung von Falten
 - Verbesserung der Hautstruktur
 - Andere (bitte spezifizieren):
-

3. Haben Sie bereits früher eine Radiofrequenzbehandlung oder ähnliche Behandlungen durchführen lassen?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, wann und wo?
-

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 Radiofrequenzbehandlung 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 Radiofrequenzbehandlung verbunden sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Rötungen, Schwellungen, Hautreizungen 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: _____