

Kundenformular für Fettwegspritze

Persönliche Informationen

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

Gesundheitliche Informationen

Um die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlung mit der Fettwegspritze (Injektionslipolyse) zu gewährleisten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß:

1. Leiden Sie an Allergien?

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

2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche?

3. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte angeben:

4. Leiden Sie an Autoimmunerkrankungen?

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

5. Haben Sie Diabetes?

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

6. Leiden Sie an Nieren- oder Lebererkrankungen?

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

7. Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?

- Ja / Nein

8. Haben Sie in den letzten sechs Monaten andere ästhetische Behandlungen wie Botox, Filler oder Fettabsaugung durchgeführt?

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

9. Haben Sie bereits zuvor eine Behandlung mit der Fettwegspritze erhalten?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, wann und welches Produkt wurde verwendet?
-

10. Haben Sie eine Neigung zur Keloidbildung oder übermäßiger Narbenbildung?

- Ja / Nein

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

- Herzerkrankungen
- Epilepsie

- Immunschwäche
 - Hepatitis
 - HIV/AIDS
 - Krebs
 - Andere chronische Erkrankungen (bitte angeben):
-

12. Haben Sie Übergewicht (BMI > 30)?

- Ja / Nein

Zielzonen und Erwartungen

1. Welche Körperbereiche möchten Sie mit der Fettwegspritze behandeln?

- Doppelkinn
- Bauch
- Hüften
- Oberschenkel
- Arme
- Andere (bitte spezifizieren): _____

2. Haben Sie schon einmal eine Fettabsaugung oder ähnliche Eingriffe in den genannten Bereichen 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 Fettwegspritze 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 Fettwegspritze verbunden sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Schwellungen, Blutergüsse, Infektionen und ungleichmäßige Ergebnisse.
4. Mir wurde erklärt, dass die Behandlung temporäre Schmerzen oder Unannehmlichkeiten verursachen kann und dass das Endergebnis von der Reaktion meines Körpers auf das injizierte Material 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: _____