

Anamnese- & Einwilligungsbogen

EMS-GESICHTSBEHANDLUNG · MUSKELSTIMULATION &
RADIOFREQUENZ

TEIL 1 VON 3 · ANAMNESEBOGEN

STUDIO / PRAXIS

Von der Kund:in auszufüllen

NUR BEI DER ERSTAUFNAHME

STUDIO, ANSCHRIFT

DATUM

KUNDEN-NR.

So wird dieser Bogen ausgefüllt

Oben rechts steht auf jeder Seite, **wer sie ausfüllt und wann**. Diese Seiten füllt die **Kund:in** einmalig bei der Erstaufnahme aus. Nur bei **Ja** erscheint darunter ein kurzes Zusatzfeld. Bei Unsicherheit nichts ankreuzen und nachfragen. Der Code vor jeder Frage nennt **Kategorie, Abschnitt und Nummer**, zum Beispiel S.2.1; die Kategorien erklärt die Fußzeile.

Aufbau des Bogens

- **Teil 1 · Anamnesebogen.** Abschnitte 1 bis 11. Die Kund:in beantwortet die Fragen, danach erhebt die Behandler:in Befund, Zonen, Rechtslage und Entscheidung.
- **Teil 2 · Aufklärung.** Abschnitte 12 bis 16. Nur zum Lesen, Inhalt nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 NiSV: Anwendung und Wirkung, Risiken, Alternativen, Behandlungsplan, möglicher Bedarf einer fachärztlichen Abklärung.
- **Teil 3 · Einwilligung.** Abschnitte 17 und 18. Datenschutz, Fotodokumentation und Unterschriften.
- **Beiblatt.** Eine Seite je Behandlungsserie, bei jeder Sitzung von der Behandler:in ausgefüllt.

1

Person und geplantes Gesichtsfeld

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

TELEFON

E-MAIL

ADRESSE

GEWÜNSCHTE ZONEN (STIRN, WANGE, KIEFERLINIE, SUBMENTAL)

2

Fragen, die Strom und Wärme ausschließen

Bei Ja ist eine Behandlung nicht möglich.

- | | | | |
|--------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| S.2.1 | Tragen Sie ein aktives elektronisches Implantat?
Herzschrittmacher, Defibrillator, Neurostimulator, Insulinpumpe oder Cochleaimplantat, an jeder Stelle des Körpers. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.2 | Haben Sie Epilepsie oder eine andere neurologische Erkrankung?
zum Beispiel Anfallsleiden oder multiple Sklerose. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.3 | Hatten Sie jemals Krebs, auch Hautkrebs?
ebenso bei laufender Strahlen- oder Chemotherapie und bei auffälligen Muttermalen im Feld. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.4 | Haben Sie eine Herzrhythmusstörung oder eine Herzerkrankung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.5 | Hatten Sie eine Thrombose, eine Venenentzündung oder eine Gefäßerkrankung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.6 | Neigen Sie zu Blutungen oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.7 | Sind Sie schwanger, stillen Sie oder läuft eine künstliche Befruchtung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.8 | Ist Ihr Gefühl für Wärme oder Schmerz im Gesicht oder am Hals verändert?
die Sicherheit hängt an Ihrer Rückmeldung während der Sitzung. Betäubende Cremes sind vorher und während der Sitzung nicht erlaubt. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.9 | Haben Sie eine bekannte Allergie gegen Elektrodenmaterial oder Kontaktgel?
die Patch-Elektroden haften über ein Hydrogel auf der Haut. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| S.2.10 | Sind Sie unter 18 Jahre alt? | ☐ Nein | ☐ Ja |

Ein Ja hier bedeutet, dass diese Behandlung nicht durchgeführt werden kann. Die Punkte stehen so in den Gebrauchsanweisungen der Geräte dieser Modalität. Für andere Anliegen kann eine Behandlung ohne Strom und ohne Radiofrequenz besprochen werden.

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

3

Vorerkrankungen mit ärztlicher Freigabe

Bei Ja erst nach schriftlicher ärztlicher Freigabe. § 3 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe e NiSV nennt die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen fachärztlichen Abklärung.

- | | | | |
|-------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| A.3.1 | Haben Sie einen schlecht eingestellten Bluthochdruck? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.2 | Haben Sie eine schlecht eingestellte Stoffwechsel- oder Schilddrüsenerkrankung?
zum Beispiel Diabetes. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.3 | Ist Ihr Immunsystem geschwächt oder nehmen Sie immunsuppressive Medikamente? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.4 | Haben Sie eine Autoimmunerkrankung der Haut oder eine Kollagenerkrankung?
zum Beispiel Lupus, Sklerodermie oder Psoriasis im Behandlungsfeld. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.5 | Haben Sie eine Nieren- oder Lebererkrankung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.6 | Haben Sie Tuberkulose oder eine Hepatitis? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.7 | Haben Sie Nervenschmerzen oder eine Nervenlähmung im Gesicht?
zum Beispiel Trigemminusneuralgie oder Fazialisparese. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| A.3.8 | Gibt es eine schwere psychische Erkrankung, die die Verständigung während der Sitzung erschwert?
die Einstellung wird laufend nach Ihrer Rückmeldung geregelt. | ☐ Nein | ☐ Ja |

ÄRZTLICHE FREIGABE DURCH (ARZT, FACHRICHTUNG) · DATUM · KOPIE LIEGT BEI

Die Freigabe nennt die Behandlung mit elektrischer Muskelstimulation und Radiofrequenz im Gesicht ausdrücklich. Ohne Freigabe wird nicht behandelt.

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

4

Karenzfenster vor der Sitzung

Bei der Erstaufnahme ausfüllen, vor jeder weiteren Sitzung kurz auf dem Beiblatt bestätigt. Bei Ja wird der frühestmögliche Termin ausgerechnet.

F.4.1 Haben Sie Fieber, eine akute Infektion oder eine akute Entzündung? ☐ Nein ☐ Ja

NUR WENN JA

Was genau _____ behandelt ab _____ (nach Abklingen)

F.4.2 Ist die Haut im Behandlungsfeld gerade nicht intakt? ☐ Nein ☐ Ja
offene oder nicht verheilte Wunde, Ausschlag, Ekzem, aktiver Herpes oder frisches Permanent-Make-up.

NUR WENN JA

Was und wo _____ behandelt ab _____ (nach vollständiger Abheilung)

F.4.3 Wurden Sie im Behandlungsfeld in den letzten drei Monaten operiert? ☐ Nein ☐ Ja
auch wenn die Stelle noch nicht vollständig verheilt ist.

NUR WENN JA

Welcher Eingriff _____ am _____ frei ab _____ (3 Monate)

F.4.4 Hatten Sie im Behandlungsfeld in den letzten drei Monaten ein tiefes Peeling, eine Dermabrasion oder ein Resurfacing? ☐ Nein ☐ Ja

NUR WENN JA

Verfahren _____ am _____ frei ab _____ (3 Monate)

F.4.5 Nehmen Sie Isotretinoin oder haben Sie es in den letzten zwölf Monaten genommen? ☐ Nein ☐ Ja
Aknemittel. Die Gebrauchsanweisung der Modalität nennt eine Einnahme in den letzten zwölf Monaten als Ausschluss.

NUR WENN JA

Beendet am _____ frei ab _____ (zwölf Monate)

F.4.6 Hatten Sie Botulinumtoxin oder Filler im oder nahe dem Behandlungsfeld? ☐ Nein ☐ Ja
die Behandlung ist damit gut kombinierbar, frische Injektate sollen aber erst einheilen, bevor Wärme und Kontraktion einwirken.

NUR WENN JA · ZUTREFFENDES ANKREUZEN

☐ Botulinumtoxin (zwei Wochen, empfohlen) zuletzt am _____ frei ab _____

☐ Filler (zwei Wochen, empfohlen)

Empfohlen heißt: keine Quelle nennt diese Wartezeit, sie stammt aus der fachlichen Praxis. Alle anderen Fristen auf dieser Seite stehen so in der Gebrauchsanweisung der Modalität.

5

Metall und Implantate im Behandlungsfeld

Radiofrequenz erwärmt Metall. Bei Ja wird die Stelle ausgespart, die übrige Fläche regulär behandelt.

- Z.5.1 **Haben Sie Metall im Gesicht, am Hals oder am Rücken?** ☐ Nein ☐ Ja
Platten, Schrauben, Zahnimplantate, feste Zahnsperre. Der Rücken zählt mit, weil dort die Neutralelektrode liegt.
- Z.5.2 **Haben Sie ein dauerhaftes Implantat nahe dem Behandlungsfeld?** ☐ Nein ☐ Ja
zum Beispiel ein Gesichtsimplantat oder ein Silikonimplantat.
- Z.5.3 **Haben Sie Lifting-Fäden im Behandlungsfeld?** ☐ Nein ☐ Ja
Fadenlifting, auch resorbierbare Fäden. Lage und Datum werden eingetragen.

LAGE, ART UND DATUM · WIRD VON DER BEHANDLER:IN IN DEN ZONENPLAN ÜBERTRAGEN

6

Haut, Empfindlichkeit und Stufenwahl

Bei Ja wird behandelt, mit angepasster Einstellung. Die genannten Anpassungen sind Empfehlungen.

- P.6.1 **Haben Sie empfindliche Haut oder neigen Sie zu schneller Rötung?** ☐ Nein ☐ Ja
niedrigere Radiofrequenz-Stufe, kürzere Dauer. Im akuten Schub wird nicht behandelt, siehe Abschnitt 4.
- P.6.2 **Bleiben nach Entzündungen oder Pickeln dunkle Flecken zurück?** ☐ Nein ☐ Ja
Neigung zu Hyperpigmentierung. Die Einstellung wird schonender gewählt, ein Ausschluss ist es nicht.
- P.6.3 **Hatten Sie im Behandlungsfeld schon einmal Herpes?** ☐ Nein ☐ Ja
bei Veranlagung kann eine Sitzung einen Schub auslösen. Vorbeugung nach ärztlicher Anweisung, siehe Abschnitt 16.

Der Hauttyp spielt keine Rolle. Elektrische Stimulation und Radiofrequenz wirken nicht über das Pigment der Haut. Die Gebrauchsanweisung der Modalität nennt keine Einschränkung nach Hauttyp, also ist dunklere Haut hier kein Ausschluss und keine Anpassung.

7

Angaben für die Kundenakte

Nur für die Kundenakte, ohne Folge für die EMS-Gesichtsbehandlung.

- | | | | |
|-------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| D.7.1 | Nehmen Sie dauerhaft Medikamente? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.7.2 | Läuft gerade eine medizinische Behandlung? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.7.3 | Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.7.4 | Hatten Sie schon ästhetische Behandlungen im Gesicht?
zum Beispiel Microneedling, Ultraschall, Laser oder eine andere Gerätebehandlung. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.7.5 | Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?
die Stimulation bewegt die Gesichtsmuskulatur, die Angabe hilft bei der Zonenwahl. | ☐ Nein | ☐ Ja |
| D.7.6 | Gibt es weitere Erkrankungen oder Operationen, die wir wissen sollten? | ☐ Nein | ☐ Ja |

ERLÄUTERUNG

Diese Angaben helfen der Behandler:in, Sie ganzheitlich einzuschätzen. Für die EMS-Gesichtsbehandlung selbst haben sie in der Regel keine unmittelbare Folge.

S · Stopp — Behandlung ausgeschlossen, nicht durch Warten lösbar.

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

D · Doku — ohne Folge, nur für die Kundenakte.

8

Sichtbefund vor dem Anlegen der Patches

Sichtprüfung durch die Behandler:in, Gesicht, Kieferlinie und submentaler Bereich.

Z.8.1 Finden sich Stellen, die ausgespart werden müssen? ☐ Nein ☐ Ja

aktiver Herpes, offene oder nicht verheilte Läsion, Ausschlag, Ekzem, Psoriasis oder Rosazea im Schub, auffälliges Muttermal, Narbe, erweiterte Gefäße, Schwellung, Metall oder Faden.

NUR WENN JA · GEFUNDENES ANKREUZEN, LAGE EINTRAGEN

- ☐ Aktiver Herpes, offene Läsion oder Infektion. Sitzung verschieben, bis abgeheilt.
- ☐ Ausschlag, Ekzem, Psoriasis oder Rosazea im Schub. Stelle aussparen oder verschieben.
- ☐ Auffälliges Muttermal (Asymmetrie, unscharfer Rand, Veränderung). Nicht behandeln, dermatologisch abklären.
- ☐ Narbe, erweiterte Gefäße oder ausgeprägte Schwellung. Stelle aussparen; ist das nicht möglich, nicht behandeln.
- ☐ Metall, Implantat oder Lifting-Faden. Stelle und Umgebung aussparen.

LAGE UND AUSSPARUNG

Z.8.2 Liegt frischer Filler im geplanten Feld? ☐ Nein ☐ Ja

innerhalb des Karenzfensters die Zone schonen oder den Termin schieben, siehe Abschnitt 4.

Z.8.3 Liegt an der geplanten Stelle der Neutralelektrode Metall oder verletzte Haut? ☐ Nein ☐ Ja

bei Ja anderen Platz wählen. Die Kund:in darf unter der Neutralelektrode keine Wärme spüren.

Zonenausschluss statt Absage. Ein Befund schließt eine Stelle aus, nicht die Kund:in. Die übrige Fläche wird regulär behandelt. Die Haut muss im gesamten Feld intakt sein, das Feld unbehaart und ohne Make-up.

9

Zonen, Applikatorlage und Intensität

Behandelt werden die Hebermuskeln. Ausgabtiefe und Stufe richten sich nach Zone und Befund, die Bezeichnungen folgen der Gebrauchsanweisung des Geräts.

ZONE	ZIELSTRUKTUR UND AUSGABETIEFE	GRENZE DER APPLIKATORLAGE
St	Stirn über der Braue, Brauenheber · Epidermis, Dermis	nicht über Braue, Haaransatz oder Haar
Wa	Wange und Mittelgesicht · Dermis, SMAS	nicht über Lippen, Mund nicht abdecken
Ki	Kieferlinie und Kontur · Dermis, SMAS	nicht über Bart oder Haar
Su	Submentaler Bereich unter dem Kinn · Dermis	nicht über Karotis oder Schilddrüse
Pe	Periorbital, außerhalb des Orbitalrands · Epidermis	nicht auf dem Lid, nicht über dem Auge

NICHT BEHANDELT WIRD

- über dem Auge und auf dem Augenlid
- den Mund abdeckend
- an der Vorderseite des Halses, besonders über dem Karotissinus
- über der Schilddrüse
- mit Stromfluss über den Scheitel oder durch den Kopf
- an Brust, oberem Rücken oder das Herz kreuzend

GEPLANTE ZONEN	AUSGABETIEFE	LAGE DER NEUTRALELEKTRODE
----------------	--------------	---------------------------

Reduziert wird bei der ersten Sitzung und bei empfindlicher Haut, mit niedrigerer Radiofrequenz-Stufe und kürzerer Dauer (empfohlen). Die Intensität wird laufend nach der Rückmeldung der Kund:in geregelt; die Abbruchtaste bleibt in ihrer Hand. Betäubende Mittel sind vor und während der Sitzung nicht erlaubt, weil sie die Rückmeldung verfälschen.

10

Fachkunde und Rechtslage

Betriebsland zuerst ankreuzen. Die Behandlung ist in DE, AT und CH nicht arztvorbehalten, verlangt aber je Land einen Nachweis.

S.10.1

Deutschland. Zwei Fachkundegruppen, weil das Gerät zwei Energieformen abgibt.

NiSV: Radiofrequenz nach § 6 Absatz 1 (Gruppe EMF-Kosmetik, Module GK und EK, 116 LE) und Muskelstimulation im Gesicht und an der Halsvorderseite nach § 7 Absatz 3 (Gruppe EMF-Stimulation zu kosmetischen Zwecken, Module GK und ES, 101 LE). Keine Trainerlizenz, die verlangt Anlage 3 Teil E Abschnitt 2 nur für die Körperanwendung nach § 7 Absatz 1.

☐ beide Fachkunden liegen vor ☐ unvollständig, nicht behandeln

S.10.2

Österreich. Reglementiertes Kosmetikgewerbe.

§ 94 Z 42 GewO 1994, Kosmetik (Schönheitspflege), mit Befähigungsnachweis. Das ÄsthOpG nennt in § 4 Absatz 2 die Faltenbehandlung mit Radiofrequenz als ärztliche Tätigkeit, nimmt gewerbliche Tätigkeiten aber in § 1 Absatz 3 ausdrücklich aus.

☐ Befähigungsnachweis liegt vor ☐ fehlt, nicht behandeln

S.10.3

Schweiz. Sachkundenachweis „Haut und Pigmentierung“.

Die Faltenbehandlung mit Radiofrequenz und Niederfrequenz gehört laut BAG-Vollzugshilfe zum 2. Abschnitt V-NISSG zu diesem Nachweis. Bei Multifunktionsgeräten dürfen nur die Technologien des eigenen Nachweises verwendet werden. Der Körper-Nachweis „Cellulite und Fettpolster“ genügt nicht.

☐ SN „Haut und Pigmentierung“ liegt vor ☐ fehlt, nicht behandeln

BETRIEBSLAND

NACHWEIS NR.

ANZEIGE BEI DER BEHÖRDE AM

Deutschland: der Betrieb ist der zuständigen Behörde spätestens zwei Wochen vor Inbetriebnahme anzuzeigen, mit Nachweis der Fachkunde (§ 3 Absatz 3 NiSV). **Gerät:** Konformität nach der Niederspannungs- und der EMV-Richtlinie oder, bei medizinischer Zweckbestimmung, nach der Medizinprodukte-Verordnung; in der Schweiz nach MepV oder NEV. Anhang XVI der Medizinprodukte-Verordnung erfasst dieses Gerät nicht, er nennt nur optische Strahlung und die transkranielle Hirnstimulation.

11

Entscheidung und Begründung

Pflichtfeld.

- | | |
|--|--|
| ☐ behandeln | ☐ ärztliche Freigabe abwarten |
| ☐ behandeln mit reduzierter Stufe | ☐ verschieben auf _____ |
| ☐ einzelne Zonen aussparen | ☐ ablehnen und verweisen |

BEGRÜNDUNG DER ENTSCHEIDUNG

12

Anwendung und Wirkung

Inhalt nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe a NiSV.

- **Zwei Energieformen gleichzeitig.** Patch-Elektroden auf der Haut geben Stromimpulse ab, die die Gesichtsmuskulatur zur Kontraktion bringen. Parallel erwärmt Radiofrequenz die Lederhaut.
- **Muskel und Haut.** Die Kontraktionen trainieren die Hebermuskeln, die Wärme regt in der Haut den Aufbau von Kollagen und Elastin an.
- **Ablauf einer Sitzung.** Reinigen der Haut, Ablegen von Schmuck, Anlegen der Patches und der Neutralelektrode, langsames Hochfahren der Intensität nach Ihrer Rückmeldung.
- **Dauer und Serie.** Je Zone etwa 20 bis 45 Minuten. Die Gebrauchsanweisung der Modalität empfiehlt vier Sitzungen mit zwei bis vierzehn Tagen Abstand.
- **Was Sie spüren.** Ein deutliches Ziehen und Kontrahieren der Muskeln und ein Wärmegefühl. Die Haut bleibt intakt, in der Regel ohne Ausfallzeit.

13

Nebenwirkungen von Strom und Wärme

Inhalt nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe b NiSV.

HÄUFIG UND ZU ERWARTEN

- Rötung und leichte Schwellung im behandelten Bereich, die meist innerhalb von 2 bis 24 Stunden abklingen.
- Wärmegefühl während der Sitzung und kurz danach.
- Trockene Haut in den ersten zwölf Stunden, meist innerhalb von 48 Stunden abgeklungen.
- Muskelschmerz ähnlich einem Muskelkater und vorübergehende Muskelverspannung.

SELTEN BIS SEHR SELTEN

- | | |
|--|--|
| • vorübergehende Veränderung der Hautoberfläche mit Krustenbildung, Blase oder Verbrennung | • Wärme unter der Neutralelektrode, Grund zum sofortigen Abbruch |
| • fokale Überwärmung an Metall im Feld, deshalb wird die Stelle ausgespart | • Kontaktreaktion auf das Hydrogel der Patches |
| • Aufflammen von Herpes bei entsprechender Veranlagung | • vorübergehendes Taubheits- oder Kribbelgefühl |

14

Alternativen und ihre Risiken

Inhalt nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c NiSV.

- **Keine Behandlung.** Der Befund bleibt, wie er ist. Kein Risiko durch Strom oder Wärme.
- **Pflege und manuelle Behandlung.** Kosmetische Pflege, Massage oder manuelle Lymphdrainage. Geringes Risiko, kein Effekt auf den Muskeltonus.
- **Andere Gerätebehandlungen.** Radiofrequenz oder Ultraschall ohne Muskelstimulation, Microneedling, Laser. Jedes Verfahren hat eigene Risiken, eigene Fachkunde und eigene Ausschlüsse; bei verletzter Hautbarriere gilt in Deutschland der Arztvorbehalt.
- **Ärztliche Verfahren.** Botulinumtoxin, Filler, Fadenlifting oder Operation. Diese Eingriffe sind Ärzt:innen vorbehalten, wirken tiefer und tragen entsprechend höhere Risiken.

Diese Aufzählung ersetzt keine ärztliche Beratung. Welche Option zu Ihrem Befund passt, entscheiden Sie nach Aufklärung selbst.

15

Sitzungsplan und erreichbares Ergebnis

Inhalt nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe d und e NiSV.

- **Ihr Plan steht im Bogen.** Zonen, Ausgabentiefe, Stufe und Dauer werden in Abschnitt 9 und 11 festgelegt und bei jeder Sitzung auf dem Beiblatt dokumentiert.
- **Verlauf.** Ein Teil der Straffung ist oft direkt spürbar, der Aufbau von Muskeltonus und Kollagen entfaltet sich über Wochen.
- **Beste Ergebnisse in einer Serie.** Die Gebrauchsanweisung der Modalität empfiehlt vier Sitzungen mit zwei bis vierzehn Tagen Abstand, danach eine Auffrischung in größeren Abständen.
- **Kein garantiertes Ergebnis.** Der Effekt ist individuell verschieden und hängt von Ausgangsbefund, Alter und Lebensstil ab.
- **Eine Erhaltungsbehandlung, keine Dauerlösung.** Die natürliche Alterung von Muskel und Haut setzt sich fort.
- **Fachärztliche Abklärung.** Bei den Fragen aus Abschnitt 3 ist vor der ersten Sitzung eine schriftliche ärztliche Freigabe nötig.
- **Kostenübernahme.** Ästhetische Leistung, von keiner Versicherung übernommen, auch nicht bei Nebenwirkungen.

16 Haut vor der Sitzung, Pflege danach

VOR DER SITZUNG

- Schmuck im Behandlungsfeld ablegen.
- Haut gereinigt und ohne Make-up oder andere Kosmetik, damit die Patches vollflächig haften.
- Behandlungsfeld unbehaart, bei Bedarf vorher rasieren.
- Keine betäubende Creme und kein anderes Mittel, das das Empfinden verändert, vor oder während der Sitzung.
- Karenzfenster aus Abschnitt 4 eingehalten, bei Herpesanamnese Vorbeugung nach ärztlicher Anweisung.

NACH DER SITZUNG

- Rötung, leichte Schwellung und Wärme klingen meist innerhalb von 2 bis 24 Stunden ab, trockene Haut innerhalb von 48 Stunden.
- Sanfte, feuchtigkeitsspendende Pflege, den Bereich nicht reiben (empfohlen).
- Für 24 Stunden kein intensiver Sport, keine Sauna, kein starkes Erhitzen des Gesichts (empfohlen).
- Lichtschutz auf der behandelten Haut für einige Tage (empfohlen).

Sitzung sofort abbrechen bei

- nicht erträglicher Wärme oder brennendem Gefühl
- stechendem Schmerz, nicht bloßem Kontraktionsgefühl
- Wärme unter der Neutralelektrode
- Abblassen oder Weißfärbung der Haut
- starker, sofort einsetzender Rötung oder Quaddeln
- ungewöhnlicher Muskelreaktion oder Krampf

Die Kund:in hat die Abbruchtaste in der Hand und ist angewiesen, sie sofort zu drücken. Danach: Energie stoppen, Patches und Neutralelektrode abnehmen, Stelle beurteilen, kühlen, das Ereignis gesondert dokumentieren. Vor der nächsten Sitzung Ursache klären und die Einstellung anpassen. Ein neuer Platz für die Neutralelektrode wird nur nach Beurteilung der Haut gewählt.

Diese Formularvorlage dient der strukturierten Aufnahme und Aufklärung und stellt keine Rechtsberatung dar. Grundlage der Einstufungen: NiSV (§ 1 Anwendungsbereich, § 2 Begriffsbestimmungen, § 3 Betrieb mit Beratung, Aufklärung und Dokumentation, § 6 Hochfrequenzgeräte, § 7 Absatz 3 Stimulation im Gesicht und an der Halsvorderseite, § 8 Stimulation des zentralen Nervensystems, Anlage 3 Fachkunde), Bundesamt für Strahlenschutz zur NiSV und zu niederfrequenten Feldern, § 94 Z 42 GewO 1994 und ÄsthOpG § 1 Absatz 3 sowie § 4 Absatz 2 für Österreich, V-NISSG mit der BAG-Vollzugshilfe zum 2. Abschnitt für die Schweiz, Anhang XVI der Verordnung (EU) 2017/745 sowie die Gebrauchsanweisungen von Geräten dieser Modalität, aus denen die Kontraindikationen, die Zonengrenzen, die Fristen und das Sitzungsschema stammen. Als **empfohlen** gekennzeichnete Angaben stammen aus keiner dieser Quellen, sondern aus der fachlichen Praxis. Die Gebrauchsanweisung des eingesetzten Geräts geht vor; vor dem Einsatz ist die Vorlage durch eine Rechtsberatung im Betriebsland zu prüfen. Die fachliche und rechtliche Verantwortung liegt bei der durchführenden Behandler:in.

17 Daten, Fotos und Aufbewahrung

Die Aufnahme- und Einwilligungsdokumentation unterliegt der Datenschutz-Grundverordnung und wird nicht an Dritte weitergegeben. Es bestehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung im Rahmen der Aufbewahrungspflichten sowie Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde. **Aufbewahrung:** in Deutschland sind das Beratungsprotokoll und die Einverständniserklärung zehn Jahre aufzubewahren und danach unverzüglich zu löschen (§ 3 Absatz 2 NiSV). Dieser Bogen erfüllt beide Zwecke.

- ☐ Ich willige in Vorher- und Nachher-Aufnahmen zur **Dokumentation des Verlaufs** ein.
- ☐ Ich willige gesondert in die Verwendung für **Marketing und soziale Medien** ein. Freiwillig, jederzeit widerrufbar, ohne Auswirkung auf die Behandlung.

18 Was die Unterschrift bestätigt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe, dass ich beraten und aufgeklärt wurde, dass ich die Aufklärung in Teil 2 gelesen und verstanden habe und dass ich in die Behandlung einwillige. Ich bin mindestens 18 Jahre alt. Ich teile Änderungen meines Gesundheitszustands und neue Medikamente vor jeder weiteren Sitzung mit.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT KUND:IN

NAME DER BEHANDLER:IN

UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN

Die Behandler:in bestätigt mit ihrer Unterschrift die Beratung und Aufklärung nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 NiSV und die Prüfung der Fachkunde nach Abschnitt 10.

NAME DER KUND:IN

KUNDEN-NR.

BLATT NR.

Je Sitzung ein Block. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die Kund:in, dass keiner der folgenden Punkte zutrifft. Trifft einer zu, wird die Sitzung angepasst oder verschoben (Abschnitt 4). Weitere Sitzungen auf einem zweiten Blatt, dort „Forts.“ ankreuzen.

VOR JEDER SITZUNG BESTÄTIGT · KEINER DIESER PUNKTE TRIFFT ZU

F.4.1	Fieber, akute Infektion oder Entzündung	frei nach Abklingen
F.4.2	Haut im Feld nicht intakt, Wunde, Ausschlag oder aktiver Herpes	frei nach Abheilung
F.4.3	Operation im Behandlungsfeld	3 Monate
F.4.4	tiefes Peeling, Dermabrasion oder Resurfacing im Feld	3 Monate
F.4.5	Isotretinoin eingenommen	12 Monate
F.4.6	Botulinumtoxin oder Filler im Feld	2 Wochen, empfohlen
S.2.1	neues aktives elektronisches Implantat seit der letzten Sitzung	Behandlung ausgeschlossen
S.2.7	Schwangerschaft oder Stillzeit seit der letzten Sitzung	Behandlung ausgeschlossen
Z.5.1	neues Metall, Implantat oder Lifting-Faden im Feld	Stelle aussparen

SITZUNG NR.

DATUM

PROGRAMM UND PARAMETER · ZONEN, AUSGABETIEFE, FREQUENZ, EMS-INTENSITÄT JE ZONE, RF-STUFE, PATCH- UND NEUTRALELEKTRODENLAGE, DAUER

REAKTION

☐ keine

☐ leichtes Erythem

☐ Schwellung

☐ Wärme

☐ abnormal, oben beschreiben

UNTERSCHRIFT KUND:IN

UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN

☐ Forts.

SITZUNG NR.

DATUM

PROGRAMM UND PARAMETER · ZONEN, AUSGABETIEFE, FREQUENZ, EMS-INTENSITÄT JE ZONE, RF-STUFE, PATCH- UND NEUTRALELEKTRODENLAGE, DAUER

REAKTION

☐ keine

☐ leichtes Erythem

☐ Schwellung

☐ Wärme

☐ abnormal, oben beschreiben

UNTERSCHRIFT KUND:IN

UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN

☐ Forts.

SITZUNG NR.

DATUM

PROGRAMM UND PARAMETER · ZONEN, AUSGABETIEFE, FREQUENZ, EMS-INTENSITÄT JE ZONE, RF-STUFE, PATCH- UND NEUTRALELEKTRODENLAGE, DAUER

REAKTION

☐ keine

☐ leichtes Erythem

☐ Schwellung

☐ Wärme

☐ abnormal, oben beschreiben

UNTERSCHRIFT KUND:IN

UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN

☐ Forts.