

Anamnese- & Einwilligungsbogen

KRYOLIPOLYSE · KONTROLLIERTE KÜHLUNG
TEIL 1 VON 3 · ANAMNESEBOGEN

Von der Kund:in auszufüllen

NUR BEI DER ERSTAUFNAHME

STUDIO / PRAXIS

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**, erklärt in der Fußzeile.

1 Person, Areale und Ziel

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

TELEFON

E-MAIL

KÖRPERGRÖSSE

GEWICHT

BODY-MASS-INDEX

GEWÜNSCHTE AREALE

2 Kälteerkrankungen von Blut und Gefäßen

Bei Ja ist eine Kryolipolyse nicht möglich. Die ersten fünf Punkte nennt die US-Arzneimittelbehörde FDA als Gründe, auf eine Kälteanwendung zur Fettreduktion zu verzichten. S.2.6 ist eine Empfehlung.

- S.2.1 **Wurde bei Ihnen eine Kryoglobulinämie festgestellt?** ☐ Nein ☐ Ja
Eiweiße im Blut, die bei Kälte verklumpen.
- S.2.2 **Wurde bei Ihnen eine Kälteagglutininkrankheit oder eine paroxysmale Kältehämoglobinurie festgestellt?** ☐ Nein ☐ Ja
Kälte zerstört dabei rote Blutkörperchen.
- S.2.3 **Bekommen Sie bei Kälte Quaddeln, Juckreiz oder Schwellungen?** ☐ Nein ☐ Ja
Kälteurtikaria. Bei Verdacht zuerst ärztlich abklären lassen.
- S.2.4 **Haben Sie ein Raynaud-Syndrom oder bekommen Sie Frostbeulen?** ☐ Nein ☐ Ja
Finger oder Zehen werden bei Kälte weiß, dann blau, und schmerzen. Pernio, Frostbeulen.
- S.2.5 **Ist die Durchblutung im gewünschten Areal gestört?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. bei einer arteriellen Verschlusskrankheit, nach einer Bestrahlung oder nach einem Gefäßeingriff.
- S.2.6 **Ist Ihr Temperatur- oder Schmerzempfinden im gewünschten Areal gestört?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. nach einer Nervenschädigung. Wer die Kälte nicht spürt, kann eine Erfrierung nicht melden. Empfohlen.

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.

KROND.STORE · Marke für Beauty-Geräte und digitale Dienstleistungen für Beauty-Salons

Anamnese Kryolipolyse

3

Die Ausschlussliste der EU-Verordnung

Bei Ja ist eine Kryolipolyse nicht möglich. Diese Punkte stehen so in der EU-Verordnung für Geräte zur Fettgewebereduktion und müssen in jeder Gebrauchsanweisung stehen.

S.3.1	Besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung oder ein Tumor?	☐ Nein	☐ Ja
S.3.2	Haben Sie Diabetes mellitus? Zuckerkrankheit, Typ 1 oder Typ 2.	☐ Nein	☐ Ja
S.3.3	Haben Sie Bluthochdruck, der nicht eingestellt ist?	☐ Nein	☐ Ja
S.3.4	Besteht eine Herz-, Lungen- oder Kreislauferkrankung?	☐ Nein	☐ Ja
S.3.5	Haben Sie eine Venenentzündung oder eine Gefäßentzündung? Phlebitis, Vaskulitis.	☐ Nein	☐ Ja
S.3.6	Wird bei Ihnen eine Gerinnungsstörung mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt?	☐ Nein	☐ Ja
S.3.7	Sind Ihre Gefäße brüchig, platzen sie leicht?	☐ Nein	☐ Ja
S.3.8	Liegt Ihr Body-Mass-Index über 40? Wert aus Abschnitt 1.	☐ Nein	☐ Ja
S.3.9	Sind Sie jünger als 18 Jahre?	☐ Nein	☐ Ja

Quelle: Durchführungsverordnung (EU) 2022/2346, Anhang V Abschnitt 6.1. **Weicht die Gebrauchsanweisung des Geräts ab, gilt die strengere Angabe.** Schwangerschaft, Operation, Hautinfektion und Fieber stehen ebenfalls auf dieser Liste, sie enden wieder und stehen in Abschnitt 4, Krampfadern in Abschnitt 8.

4

Karenz nach Operation, Infekt und Fieber

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

F.4.1	Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ Nein	☐ Ja
NUR WENN JA Keine Behandlung. Neuer Termin nach dem Abstillen.			
F.4.2	Wurden Sie in den letzten sechs Wochen operiert?	☐ Nein	☐ Ja
gilt besonders für Eingriffe im gewünschten Areal. NUR WENN JA Operiert am _____ frei ab _____ (sechs Wochen)			
F.4.3	Ist die Haut im gewünschten Areal gerade verletzt, entzündet oder infiziert?	☐ Nein	☐ Ja
offene Stelle, Ausschlag, Pilz, Abszess. NUR WENN JA Frei nach vollständiger Abheilung. Kontrolle am _____			
F.4.4	Haben Sie Fieber oder einen akuten Infekt?	☐ Nein	☐ Ja
NUR WENN JA Frei, sobald Fieber und Infekt abgeklungen sind. Neuer Termin am _____			

5

Bruch, Knoten und Fettstoffwechsel

Bei Ja erst nach schriftlicher ärztlicher Freigabe. Die EU-Verordnung empfiehlt außerdem allen Kund:innen, die vorgesehenen Areale vorher ärztlich untersuchen zu lassen.

- A.5.1 Ist bei Ihnen ein Bruch bekannt oder wölbt sich im gewünschten Areal beim Husten, Pressen oder Aufrichten etwas vor? ☐ Nein ☐ Ja
Der Applikator saugt die Bauchdecke an. Nach Kälteanwendungen zur Fettreduktion sind Brüche im behandelten Bereich berichtet worden.
- A.5.2 Gibt es im gewünschten Areal einen Knoten, eine Verhärtung oder eine neue Veränderung? ☐ Nein ☐ Ja
- A.5.3 Haben Sie eine Lebererkrankung oder eine Störung des Fettstoffwechsels? ☐ Nein ☐ Ja
Die gelösten Fettbausteine werden über Leber und Kreislauf abgebaut. Die EU-Verordnung nennt Leber- und Kreislauffunktionsstörungen ausdrücklich als erhöhtes Risiko.

6

Was Applikator, Vakuum und Zyklus verändert

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

- P.6.1 Wurde im gewünschten Areal schon einmal Fett abgesaugt oder gibt es dort eine ältere Narbe? ☐ Nein ☐ Ja
Narbengewebe zieht sich ungleich in den Applikator. Empfohlen: kleinerer Aufsatz.
- P.6.2 Hatten Sie schon einmal eine Kryolipolyse mit einer ungewöhnlichen Reaktion? ☐ Nein ☐ Ja
z. B. eine Blase, eine Verhärtung oder eine Zunahme des Umfangs. Empfohlen: Areal und Aufsatz neu wählen.
- P.6.3 Bekommen Sie leicht blaue Flecken, ohne dass eine Gerinnungsstörung festgestellt wurde? ☐ Nein ☐ Ja
Empfohlen: niedrigere Vakuumstufe.
- P.6.4 Reagieren Sie stark empfindlich auf Kälte, ohne dass eine Erkrankung aus Abschnitt 2 festgestellt wurde? ☐ Nein ☐ Ja
Empfohlen: kürzerer erster Zyklus.

7

Gewicht, Medikamente und Allergien

Ohne Folge für die Freigabe. Diese Angaben werden gebraucht, um das Ergebnis nach zwölf Wochen beurteilen zu können.

- D.7.1 Hat sich Ihr Gewicht in den letzten sechs Monaten verändert? ☐ Nein ☐ Ja
- D.7.2 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? ☐ Nein ☐ Ja
- D.7.3 Haben Sie Allergien, auch gegen Pflaster, Folien oder Gele? ☐ Nein ☐ Ja
Zwischen Haut und Applikator liegt eine Schutzfolie mit Gel.
- D.7.4 Bestehen weitere Erkrankungen, die auf diesem Bogen nicht genannt sind? ☐ Nein ☐ Ja

NUR WENN JA · BITTE HIER EINTRAGEN

GEWICHT AB ODER ZU UND UM WIE VIEL · MEDIKAMENTE · ALLERGIEN · WEITERE ERKRANKUNGEN

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

A · Arzt — nur mit schriftlicher ärztlicher Freigabe.

F · Frist — Termin verschieben, frühesten Zeitpunkt ausrechnen.

KROND.STORE · Marke für Beauty-Geräte und digitale Dienstleistungen für Beauty-Salons

P · Parameter — Behandlung möglich, mit angepasster Einstellung.

Z · Zone — nur die betroffene Stelle wird ausgespart.

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

Anamnese Kryolipolyse

8 **Tastbefund und Pinch-Test im Areal**
Tast- und Sichtprüfung durch die Behandler:in, je geplantem Areal.

FETTSCHICHT IM PINCH-TEST

SEITENUNTERSCHIED

HAUTQUALITÄT

BESCHAFFENHEIT DER FETTSCHICHT

☐ weich und gut verschieblich

☐ fest und wenig verschieblich

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

NUR WENN JA · GEFUNDENES ANKREUZEN, LAGE EINTRAGEN

☐ Krampfadern im Behandlungsbereich. Stelle aussparen, so nennt es die EU-Liste aus Abschnitt 3.

☐ Offene oder entzündete Stelle, Ekzem, Ausschlag oder frische Narbe an der Aufsatzfläche.

☐ Bereich, den der Applikator nicht plan und vollständig fassen kann, etwa Faltenrand, Knochenkante, Nabel.

LAGE DER AUSGESPARTEN STELLEN

Zonenausschluss statt Absage. Ein Ja schließt eine Stelle aus, nicht die Kund:in. Die übrigen Areale werden regulär behandelt.
Feste, wenig verschiebliche Fettpolster werden in der Literatur häufiger mit einer paradoxen Fettvermehrung in Verbindung gebracht, vor allem bei Männern. Das wird vor der Einwilligung angesprochen und in Abschnitt 11 begründet.

9 **Areal, Applikator und Zyklus**
Ein Areal ist nur geeignet, wenn der Applikator die Fettschicht vollständig und plan fasst.

AREAL	PINCH-TEST	APPLIKATOR, CUP	TEMPERATUR · DAUER · VAKUUM	✓
Untere Bauchdecke				☐
Obere Bauchdecke				☐
Flanken				☐
Rücken				☐
Oberarme				☐
Oberschenkel				☐
Gesäßfalte				☐
Unterarm				☐

MINDESTABSTAND ZWISCHEN ZWEI ZYKLEN

GEPLANTE ZYKLEN JE AREAL

Temperatur, Dauer, Vakuumstufe und der Mindestabstand zwischen zwei Zyklen im selben Areal stehen in der Gebrauchsanweisung des Geräts. Die EU-Verordnung verlangt, dass der Hersteller den zeitlichen Mindestabstand zwischen den einzelnen Verfahren in seiner Risikoanalyse berücksichtigt. Direkt nach dem Abnehmen des Applikators wird das gelöste Areal zwei Minuten massiert (Abschnitt 15).

10

Betriebsland, Qualifikation und Zulassung des Geräts

Betriebsland zuerst ankreuzen. Trifft der Punkt zu, wird nicht behandelt.

BETRIEBSLAND

QUALIFIKATION

NACHWEIS, NUMMER UND DATUM

☐ DE ☐ AT ☐ CH

S.10.1 **Deutschland.** Die Kryolipolyse wird von einer Person ohne Approbation und ohne Heilpraktikererlaubnis durchgeführt.

Kälte erzeugt keine nichtionisierende Strahlung, die Anwendung fällt daher nicht unter die NiSV. Behörden und Verwaltungsgerichte ordnen sie jedoch als Heilkunde ein, zuletzt das Verwaltungsgericht Augsburg gegenüber einem Kosmetikstudio. Ohne beides ist die Ausübung nach § 5 Heilpraktikergesetz strafbar.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

S.10.2 **Österreich.** Die durchführende Person hat nicht die volle Befähigung für das Kosmetikgewerbe, sondern nur ein Teilgewerbe.

Die Kryolipolyse gilt als Schlankheitsbehandlung im reglementierten Gewerbe Kosmetik nach § 94 Z 42 GewO 1994. Ein Teilgewerbe, etwa eingeschränkt auf die Haarentfernung, trägt sie nicht. Grundlage sind Stellungnahmen von Ministerium und Wirtschaftskammer, keine Gerichtsentscheidung.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

S.10.3 **Schweiz.** Es liegt kein Sachkundenachweis „Cellulite und Fettpolster“ vor.

Die BAG-Vollzugshilfe zum 2. Abschnitt V-NISSG führt Kälteanwendungen im Geltungsbereich der Verordnung und nennt die Kryolipolyse unter den Technologien dieses Sachkundenachweises. Kein Arztvorbehalt.

☐ trifft nicht zu ☐ trifft zu

☐ CE-Kennzeichen mit vierstelliger Nummer einer benannten Stelle liegt vor.

☐ Die Zweckbestimmung des Herstellers lässt den Betrieb durch nicht-ärztliches Fachpersonal zu.

☐ Gebrauchsanweisung liegt im Betrieb vor. Gegenanzeigen, Temperatur, Dauer und Mindestabstand sind daraus übernommen.

☐ Temperatur-, Zeit- und Alarmfunktionen des Geräts wurden geprüft.

11

Freigabe, Zyklusplan und Kontrolltermin

Pflichtfeld.

☐ Die Kund:in kann Ablauf, Wirkung und Folgen der Behandlung verstehen und ihr zustimmen.

☐ Über die paradoxe Fettvermehrung wurde gesprochen, bei fester Fettschicht gesondert.

VORGENOMMENE ANPASSUNG (APPLIKATOR, VAKUUMSTUFE, ZYKLUSDAUER, AREAL)

☐ behandeln

☐ behandeln mit Anpassung

☐ ärztliche Freigabe abwarten

☐ verschieben auf _____

☐ ablehnen und verweisen

☐ Areal ausgeschlossen, übrige Areale behandelt

KONTROLLTERMIN NACH ZWÖLF WOCHEN

BEGRÜNDUNG DER ENTSCHEIDUNG

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.

12 Was die Kälte im Fettgewebe auslöst

Kontrollierte Kühlung mit Unterdruck, ohne Schnitt, ohne Betäubung.

SO WIRKT DIE BEHANDLUNG

- Der Applikator zieht die Fettfalte an und kühlt sie über längere Zeit. Fettzellen reagieren empfindlicher auf Kälte als Haut, Muskel und Nerven.
- Ein Teil der gekühlten Fettzellen geht zugrunde und wird über Wochen vom Körper abgebaut. Die Haut bleibt dabei erhalten.
- Das Ergebnis entsteht langsam. In Studien wird der Unterschied nach etwa **zwölf Wochen** gemessen, deshalb der Kontrolltermin.

WAS REALISTISCH IST

- Die Behandlung verändert die Fettschicht im behandelten Areal, nicht das Körpergewicht und nicht die Körperform insgesamt.
- Nicht jede Person spricht gleich an. Wie viele Zyklen je Areal sinnvoll sind, wird vorher besprochen und im Beiblatt festgehalten.
- Erschlaffte Haut wird durch die Behandlung nicht gestrafft.
- Ein Ergebnis hält nur, solange das Gewicht gehalten wird. Die verbliebenen Fettzellen können wieder größer werden.

WAS DIE KRYOLIPOLYSE NICHT IST

- Die EU-Verordnung schreibt für Geräte zur Fettgewebereduktion diesen Hinweis vor: **Lipolyse ist keine zuverlässige Methode zur Gewichtsreduktion**. Als Alternative und zum Erhalt des Ergebnisses sind Bewegung sowie eine Umstellung von Ernährung und Lebensstil vorgesehen.
- Die Geräte sind für die Behandlung einer ärztlich festgestellten Adipositas nicht geprüft und werden dafür nicht eingesetzt.
- Die EU-Verordnung empfiehlt, sich vor der Behandlung ärztlich beraten zu lassen, einschließlich einer Untersuchung der vorgesehenen Areale.

13 Häufige Reaktionen und wie lange sie dauern

Zahlen aus einer Zusammenfassung von 30 Studien mit 3158 behandelten Personen.

WÄHREND DER ANWENDUNG

- Ziehen und Druck durch das Vakuum, dann ein intensives Kältegefühl, das nach einigen Minuten in Taubheit übergeht.

DANACH, HÄUFIG UND ZU ERWARTEN

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| • Taubheit im Areal, 49,5 % | • Berührungsempfindlichkeit, 25,4 % |
| • Rötung, 44,5 % | • Kribbeln, 15,2 % |
| • Schwellung, 30,5 % | • dunklere Verfärbung, 2 % |
| • Schmerz, 28,8 % | • blaue Flecken an der Ansaugstelle |

WIE LANGE

- Rötung und Schwellung klingen in der Regel innerhalb weniger Tage ab.
- Schmerzen klingen meist innerhalb eines Monats ab, die Taubheit kann etwa drei Monate anhalten.
- **Verzögerter Schmerz.** Einige Tage nach der Sitzung kann ein neuer, deutlicher Schmerz auftreten. Er hält meist drei bis elf Tage an, klingt vollständig ab und ist am Bauch sowie bei jüngeren Frauen häufiger beschrieben.

14

Seltene, aber ernste Ereignisse

Selten heißt nicht ausgeschlossen. Diese Punkte gehören zur Entscheidung.

PARADOXE FETTVERMEHRUNG

- Das behandelte Fettpolster wird größer statt kleiner, meist Wochen bis Monate nach der Sitzung, gut abgrenzbar und fest.
- Sie bildet sich **nicht von selbst zurück** und wird in der Regel chirurgisch behandelt.
- Häufigkeit in einer Zusammenfassung von 28 Studien mit 13.078 behandelten Personen: **0,22 %**, also etwa eine von 455 Personen. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

WEITERE SELTENE EREIGNISSE

- Erfrierung oder Kälteverbrennung der Haut, in schweren Fällen bis in tiefere Schichten.
- Nervenschädigung mit anhaltender Taubheit oder verändertem Gefühl. Beschrieben ist auch eine veränderte Lippen- oder Zungenstellung.
- Brüche im behandelten Bereich sind nach Kälteanwendungen zur Fettreduktion berichtet worden.
- Knoten und Verfärbungen der Haut.
- Konturunregelmäßigkeiten, Flüssigkeitsansammlungen, Infektion und Entzündung. Diese Punkte muss die Gebrauchsanweisung jedes Geräts zur Fettgewebereduktion nennen.

WAS ZU TUN IST

- Bei einer Blase, einer offenen Stelle, zunehmendem Schmerz, einer neuen Vorwölbung oder einer Zunahme des Umfangs im behandelten Areal: das Studio informieren und ärztlich abklären lassen.
- Unerwünschte Wirkungen werden nach Vorgabe der Gebrauchsanweisung an den Hersteller gemeldet.

15

Vor dem Termin, nach dem Termin

VOR DER SITZUNG

- Areal sauber und ohne Creme, Öl oder Selbstbräuner.
- Bequeme Kleidung, die das Areal frei lässt. Ein Zyklus dauert je Areal etwa 35 bis 70 Minuten, die genaue Dauer steht in der Gebrauchsanweisung.
- Gewicht und Fotos werden vor der ersten Sitzung festgehalten, sonst ist das Ergebnis nach zwölf Wochen nicht beurteilbar.

WÄHREND DER SITZUNG

- Das Ziehen ist normal. Melden Sie sofort: brennenden oder stechenden Schmerz, ein Taubheitsgefühl außerhalb des Applikators, Unwohlsein.

NACH DER SITZUNG

- Direkt nach dem Abnehmen wird das gelöste Areal **zwei Minuten massiert**, zuerst kräftig knetend, dann kreisend. In einer kontrollierten Studie war die Reduktion der Fettschicht auf der massierten Seite deutlich größer.
- Normale Aktivitäten sind sofort möglich, es gibt keine Ausfallzeit.
- Gewicht halten. Das Ergebnis wird beim Kontrolltermin nach zwölf Wochen beurteilt, mit Fotos und Maßband.

Abbruch der Sitzung

- Weiße Verfärbung der Haut außerhalb des Applikators, Blasenbildung, starke Schmerzen, verrutschte oder beschädigte Schutzfolie: Zyklus beenden, Areal fotografieren und dokumentieren, ärztlich abklären lassen.

16 Daten, Fotos und die Kontrolle nach zwölf Wochen

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. Das Ergebnis der Kryolipolyse zeigt sich erst nach Wochen. Ohne Fotos, Gewicht und Maße vom Tag der ersten Sitzung lässt es sich beim Kontrolltermin nicht beurteilen.

- ☐ Ich willige in Vorher- und Nachher-Aufnahmen sowie in das Festhalten von Gewicht und Maßen zur **Dokumentation des Behandlungsverlaufs** ein.
- ☐ Ich willige gesondert in die Verwendung für **Marketing und soziale Medien** ein. Freiwillig, jederzeit widerrufbar, ohne Auswirkung auf die Behandlung.

17 Zustimmung zur Kryolipolyse und Unterschriften

- ☐ Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden und konnte Fragen stellen.
- ☐ Ich habe die Verbraucherinformation des Herstellers zum verwendeten Gerät erhalten. Die EU-Verordnung verpflichtet den Anwender, sie vor der Behandlung auszuhändigen.
- ☐ Ich weiß, dass die Kryolipolyse keine Methode zur Gewichtsabnahme ist und dass das Ergebnis erst nach etwa zwölf Wochen beurteilt wird.
- ☐ Ich wurde über die paradoxe Fettvermehrung und über die Möglichkeit einer Erfrierung der Haut aufgeklärt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und in die Behandlung einwillige. 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 Kryolipolyse wird erst ab 18 Jahren durchgeführt (Abschnitt 3), daher enthält dieser Bogen keine Unterschrift von Sorgeberechtigten.

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, sonst wird die Sitzung verschoben oder ärztlich abgeklärt. Weitere Sitzungen auf einem zweiten Blatt, dort „Forts.“ ankreuzen.

VOR JEDER SITZUNG BESTÄTIGT · KEINER DIESER PUNKTE TRIFFT ZU

F.4.1	Schwangerschaft oder Stillzeit	Termin nach dem Abstillen
F.4.2	Operation seit der letzten Sitzung, besonders im behandelten Areal	frei nach 6 Wochen
F.4.3	Haut im Areal verletzt, entzündet oder infiziert	frei nach Abheilung
F.4.4	Fieber oder akuter Infekt	frei nach Abklingen
S.3.6	neu begonnenes gerinnungshemmendes Medikament	vor der Sitzung klären
A.5.1	neue Vorwölbung im Areal beim Husten oder Pressen	ärztlich abklären
A.5.2	neuer Knoten oder neue Verhärtung im Areal	ärztlich abklären
P.6.2	ungewöhnliche Reaktion auf die letzte Sitzung	Auswahl anpassen

SITZUNG NR.	DATUM
AREAL, APPLIKATOR UND CUP, TEMPERATUR, DAUER, VAKUUMSTUFE	
NACH ABNAHME ☐ Massage 2 Minuten ☐ Rötung ☐ Schwellung ☐ Taubheit ☐ auffällig, oben beschreiben ☐ Kontrolle am ____	
_____ UNTERSCHRIFT KUND:IN UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

SITZUNG NR.	DATUM
AREAL, APPLIKATOR UND CUP, TEMPERATUR, DAUER, VAKUUMSTUFE	
NACH ABNAHME ☐ Massage 2 Minuten ☐ Rötung ☐ Schwellung ☐ Taubheit ☐ auffällig, oben beschreiben ☐ Kontrolle am ____	
_____ UNTERSCHRIFT KUND:IN UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

SITZUNG NR.	DATUM
AREAL, APPLIKATOR UND CUP, TEMPERATUR, DAUER, VAKUUMSTUFE	
NACH ABNAHME ☐ Massage 2 Minuten ☐ Rötung ☐ Schwellung ☐ Taubheit ☐ auffällig, oben beschreiben ☐ Kontrolle am ____	
_____ UNTERSCHRIFT KUND:IN UNTERSCHRIFT BEHANDLER:IN ☐ Forts.	

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.