

Einwilligungserklärung

Name

Geb.-Dat.

Adresse

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich reagiere allergisch auf Licht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Es besteht eine Schwangerschaft | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Diabetes | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Andere Erkrankungen wie: Herzkrankheiten,
Bluthochdruck, Epilepsie, Thrombose und Hautkrebs | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Meine Haut ist frisch gebräunt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich habe an den zu behandelnden Stellen
eine Tätowierung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herpes tritt bei mir häufig auf | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich habe einen Herzschrittmacher | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme Medikamente, die die Haut
lichtempfindlicher machen:
<small>(z. B. Johanniskraut, Antibiotika, Neuroleptika, Psychopharmaka, Blutgerinnungshemmer)</small> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich wurde über die IPL Technik aufgeklärt und
ausreichend informiert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Eine schriftliche Aufklärung wurde mir ausgehändigt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Datum, Ort

Unterschrift