

DERMAPEN™ MICRONEEDLING BEHANDLUNG

PATIENTENAUFKLÄRUNG

Datum

DERMAPEN™ Behandler

für (Klinik)

PATIENTEN DETAILS

Name Vorname

Geburtsdatum weiblich männlich

Adresse PLZ/Ort

Telefon Handy

E-Mail-Adresse

KONTAKT IM NOTFALL

Name Vorname

Beziehungsverhältnis

Telefon Handy

E-Mail-Adresse

BEHANDLUNGSDetails

Welches ist der Hauptgrund für die DERMAPEN™ Behandlung?

Haben Sie wichtige Termine in den nächsten 7 Tagen? JA NEIN

Haben Sie bekannte Allergien? JA NEIN

(z.B. gegen Latex, Metall, Meeresfrüchte, Nüsse, Penicillin)

Andere

HABEN SIE AKTUELL EINE DER FOLGENDEN HAUTKRANKHEITEN?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> papulopustulöse Rosazea | <input type="radio"/> Sklerodermie | <input type="radio"/> aktinische Keratose |
| <input type="radio"/> Akne vulgaris Stufe III-IV | <input type="radio"/> Hautkrebs | <input type="radio"/> Herpes Bläschen |
| <input type="radio"/> bakterielle / Pilz Infektion | <input type="radio"/> offene Hautveränderungen | <input type="radio"/> Warzen |

HATTEN SIE JE EINE NEGATIVE REAKTION AUF EINE ANÄSTHESIE?

SIND SIE ZUR ZEIT IN MEDIZINISCHER BEHANDLUNG FÜR EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzkrankheiten | <input type="radio"/> Leberkrankheiten | <input type="radio"/> HIV (Aids) |
| <input type="radio"/> Autoimmunkrankheiten | <input type="radio"/> Diabetes (Typ I oder II) | <input type="radio"/> Bluterkrankheit |
| <input type="radio"/> Krebs | | |

SIND SIE SCHWANGER ODER STILLEN SIE? JA NEIN

NEHMEN SIE MOMENTAN (ODER IN DEN LETZTEN 3 MONATEN) EINES DER FOLGENDEN MEDIKAMENTE ODER ZUSÄTZE? (Bitte ankreuzen)

- Isotretinoin (inkl. Roaccutane®/Accutane®/Isotane® oder ähnlich)
- Blutverdünner (inkl. Warfarin oder Aspirin oder ähnlich)
- Photo-Sensibilisatoren (inkl. Antidepressiva/anti-anxieties/Antibiotika oder ähnlich)
- Verhütungspille
- Fisch-Öl / Pflanzen-Öl / Omega 3
- Ginseng / Gingko Biloba / Johanniskraut (oder ähnlich)

HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN BEHANDLUNGEN IN DEN LETZTEN 3 MONATEN (IN DEN ZU BEHANDELNDEN KÖRPERREGIONEN)? (Bitte ankreuzen)

- plastische / kosmetische Chirurgie
- muskelentspannende Injektionen (inkl. Botox® oder Dysport™ oder ähnlich)
- Dermale Filler (inkl. Juvederm®, Restylane®, Esthelis®, Radiesse®, Aquamid®, Sculptra® oder Artefill® oder ähnlich)
- photodynamische Therapie (PDT)
- Dermabrasion
- tiefes chemisches Peeling (z.B. Säurepeeling)
- Tätowierung / kosmetisches Tattoo (z.B. Permanent Make-up)

HABEN SIE EINES DIESER PRODUKTE VERWENDET IN DER LETZTEN WOCHE (IN DEN ZU BEHANDELNDEN KÖRPERREGIONEN)? (Bitte ankreuzen)

- Mikrodermabrasion
- chemische Peelings (z.B. Säurepeelings)
- Nadelepilation / Wärmetherapie
- Haarentfernung (inkl. Wachs, zupfen, Faden oder Enthaarungscreme)
- Selbstbräuner / Spray-Bräunung

HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN BEHANDLUNGEN IN DEN LETZTEN 2 WOCHEN (IN DEN ZU BEHANDELNDEN KÖRPERREGIONEN)? (Bitte ankreuzen)

- Alpha / Beta Hydroxysäuren (z.B. Säurepeelings)
- Retinoide (Vitamin A) (inkl. Tretinoin, Retinol oder Retinaldehyd oder ähnlich)
- Benzoylperoxid / Adapelene (wie Differin®)
- Hydroquinone / Koji-Säure / Azelaisäure

Ich, _____ habe die DERMAPEN™ Patientenvereinbarung wahrheitsgemäss und nach bestem Wissen ausgefüllt. Mein DERMAPEN™ Behandler hat mir das DERMAPEN™ Behandlungsformular und das DERMAPEN™ Nach-Behandlungsformular ausgehändigt und mir den Inhalt erklärt:

- Ich weiss, was eine DERMAPEN™ Behandlung ist.
- Ich weiss, wie eine DERMAPEN™ Behandlung wirkt.
- Ich kenne das zu erwartende Ergebnis meiner DERMAPEN™ Behandlung.
- Ich bin über die klinischen Kontraindikationen und Empfehlungen informiert.
- Ich bin über ein mögliche Betäubung aufgeklärt worden.
- Ich bin über die Nachbehandlung zuhause informiert.

Ich verstehe, dass mehrere DERMAPEN™ Behandlungen notwendig sind für ein optimales Resultat.

Unterschrift Patient/in: _____

Name Patient/in: _____

Datum: _____

DERMAPEN Behandler Unterschrift: _____

DERMAPEN Behandler Name: _____

Datum: _____