

# **Einverständniserklärung für die Gesichtshautbehandlung mit der PhiLings Technik**

**zwischen dem Institut**

**und**

Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Land	

## **1. Erklärung**

Der Kunde wurde vom Institut über die Gesichtshautbehandlung mittels PhiLings Technik informiert. Die Art des Verfahrens, deren Zweck und Nutzen, Dauer und zu erwartende Ergebnisse, mögliche Risiken, schmerzhaftes und andere vorübergehende oder dauerhafte Konsequenzen wurden im Detail erläutert.

Das Institut verpflichtet sich, die Behandlung unter strengster Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften vorzunehmen.

## **2. Vergütung**

Der Kunde verpflichtet sich, dem Institut eine Vergütung für die in Absatz 1 beschriebenen Dienste, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro zu erbringen. Die Vergütung ist sofort nach der Behandlung zu entrichten.

### 3. Gesundheitsfragen

Um die Behandlung optimal zu gestalten, bitten wir Sie, auf folgende Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu zu antworten.

Leiden Sie unter einer unten aufgeführten Krankheit oder nehmen Sie unten aufgeführte Medikamente.

Durchblutungsstörungen (Thrombose, Hämophilie, Anämie usw.)	JA	NEIN
Diabetes (Typ 1 oder 2)	JA	NEIN
Hepatitis A/B/C/D/E/F	JA	NEIN
HIV positiv	JA	NEIN
Hautkrankheiten (Rosacea, Impetigo, Erysipel, Lupus, Sklerodermie oder andere)	JA	NEIN
Empfindliche / sensible Haut (Ekzem oder atopische Dermatitis, Neurodermitis)	JA	NEIN
Allergien gegen Medikamente, Nahrung, Metalle, Make-up oder andere	JA	NEIN
Autoimmunerkrankung	JA	NEIN
Akute oder chronische Infektionskrankheiten	JA	NEIN
Sind Sie anfällig für Herpes?	JA	NEIN
Epilepsie oder andere Anfallsleiden	JA	NEIN
Herzprobleme	JA	NEIN
Sind Sie schwanger?	JA	NEIN
Stillen Sie?	JA	NEIN
Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Wenn ja welche	JA	NEIN
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	JA	NEIN
Wundheilungsstörung	JA	NEIN
Neigen Sie zu Keloidbildung oder hypertrophischen Narben?	JA	NEIN
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol konsumiert?	JA	NEIN
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation oder Bestrahlung?	JA	NEIN
Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Botoxbehandlung?	JA	NEIN
Hatten Sie eine Laserbehandlung oder chemisches Peeling innerhalb der letzten 6 Monate?	JA	NEIN
Hatten Sie jemals eine PMU oder andere kosmetische Behandlung?	JA	NEIN
Verwenden Sie routinemäßig Retinol-A, Glykol oder andere Peelingprodukte?	JA	NEIN
Tragen Sie Kontaktlinsen?	JA	NEIN
Haben Sie ölige/fettige Haut?	JA	NEIN
Haben Sie gerade Ihre Periode?	JA	NEIN
Entwickeln Sie tendenziell durch Sonne und Wunden dunkle Flecken auf der Haut?	JA	NEIN
Bilden sich schnell Narben bei kleineren Hautverletzungen?	JA	NEIN
Bluten Sie stark nach kleineren Schnittverletzungen?	JA	NEIN
Haben Sie prothetische Implantate?	JA	NEIN
Hatten Sie Probleme mit der Heilung nach einer PMU- oder ähnlichen kosmetischen Behandlung?	JA	NEIN
Hatten oder haben Sie ein Krebsleiden?	JA	NEIN
Erhalten Sie zur Zeit eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie?	JA	NEIN
Hatten Sie jemals oder machen Sie gerade eine Akne-Behandlung mit ACCUTANE?	JA	NEIN
Müssen Sie aus einem medizinischen Grund vor einem zahnmedizinischen oder einem anderen invasiven Eingriff eine Antibiotikaprophylaxe betreiben?	JA	NEIN

Wenn Sie eine Frage mit „JA“ beantwortet haben, dann nutzen Sie bitte den nachfolgenden Platz für nähere Erläuterungen.

Ein „JA“ als Antwort bedeutet nicht, dass Sie kein akzeptabler Kandidat für das kosmetische Verfahren sind. Es sind einfach Informationen, die für den Behandler wertvoll sind, da jeder Körper einer Person einzigartig ist oder aufgrund eines Gesundheitszustandes die Heilung beeinträchtigt wird und es ratsam oder erforderlich ist, vorab Ihren Arzt zu konsultieren.

**Wurde ein Sie betreffender Gesundheitszustand nicht aufgeführt, dann geben Sie diesen bitte nachstehend an!**

---

---

---

---

---

#### 4. Vertragliche Verpflichtungen

Ich stimme dem Fotografieren meines Gesichts und der Verwendung des Fotos zu Werbezwecken zu

 Ja Nein

#### 5. Garantie

Der Kunde stellt das Institut für alle Ansprüche, Forderungen, Schäden, Handlungen und Handlungsursachen, die sich aus der Erbringung der Dienstleistungen ergeben frei.

Das Institut übernimmt die Haftung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften bei fahrlässiger oder sorgloser oder vorsätzlicher oder fahrlässiger Verletzung oder Gefährdung von Leben, Körper und Gesundheit.

#### 6. Erläuterung

Der Kunde wurde im Detail über spezifische Risiken der Gesichtshautbehandlung mit PhiLings-Technik informiert

Folgende Risiken wurden dem Kunden ausdrücklich erklärt:

- Während der Behandlung ist trotz des Fachwissens und aller Vorsichtsmaßnahmen eine Verletzung möglich.
- Trotz der Anwendung der modernsten und hochwertigsten Produkte ist eine allergische Reaktion möglich, aber selten. Das Modell wird darüber informiert und er / sie übernimmt die Haftung.
- Während und nach der Behandlung können vorübergehende Schwellungen, Rötungen und / oder Juckreiz auftreten. Die Erfahrung sagt uns, dass diese Symptome vorübergehend sind.

## **MICRONEEDLING**

Nach dem Eingriff ist die Haut in ähnlicher Weise wie bei einem moderaten Sonnenbrand gerötet. Es kann zu einem Spannungsgefühl der Haut und einer leichten Berührungsempfindlichkeit der behandelten Stelle kommen. Diese Effekte nehmen wenige Stunden nach der Behandlung stark ab und innerhalb der nächsten 24 Stunden wird die Haut vollständig abheilen. Nach 3 Tagen ist die sichtbare Hautrötung (Erythem) verschwunden.

Die Ergebnisse der angewandten Behandlung können aufgrund der Unterschiede in der Hautqualität unterschiedlich sein.

Folglich gibt es keine Garantie für den Behandlungserfolg.

Um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen, sind in der Regel bis zu 3 Behandlungen, im Abstand von jeweils 2 Wochen notwendig. Die Ergebnisse halten 4 bis 6 Monate an.

## **PHI-ION**

Eine unbestimmte Anzahl von gelblichen Flecken mit bis zu 2 mm Durchmesser werden im behandelten Bereich erscheinen und bis zu 5 Tage sichtbar bleiben. Augenlider können anschwellen und nach der Behandlung rot werden und der Kunde kann ein Kribbeln verspüren. Alle diese Nebenwirkungen sollten innerhalb von 7 bis 10 Tagen verschwinden.

Die richtige Anwendung der Nachpflegeprodukte ist von äußerster Wichtigkeit.

Eine Behandlung reicht in der Regel aus, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Nach 1 Monat, bei dem Check-up-Termin, bestimmt der Behandler, ob eine zusätzliche Behandlung notwendig ist. Die Ergebnisse werden voraussichtlich mindestens 9 Monate anhalten.

Microneedling sowie Plasmatherapie führt immer zur Hautverletzung. Daher ist es wichtig, die Haut nach der Behandlung sorgfältig und sanft zu pflegen, um eine Heilung ohne Komplikationen zu ermöglichen.

Unzureichende Nachsorge in der Heilungsphase der Haut kann zu schlechten Ergebnissen führen. Das Institut kann dafür nicht haftbar gemacht werden.

### **In den nächsten 7 Tagen ist der Kunde verpflichtet folgendes zu beachten:**

- Waschen Sie nicht Ihr Gesicht für mindestens 5 Stunden, optimal 12 Stunden, nach der Behandlung, um eine optimale Wirkung von PhiFace After Treatment Mask zu gewährleisten. Innerhalb der nächsten 3 Tage nach der Behandlung wird eine spezielle Art von Nachsorgeprodukten (PhiSoothing Cream und Ultimate Skin Cocktail) nach detaillierten Gebrauchsanweisungen angewendet. Bitte verwenden Sie keine anderen Cremes außer denen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden, um mögliche Infektionen oder allergische Reaktionen zu vermeiden.
- Verwenden Sie für 48 Stunden nach der Behandlung kein Make-up auf der Gesichtshaut, einschließlich der Augenlider.

- Vermeiden Sie in der ersten Woche nach der Behandlung öffentliche Schwimmbäder, Sonnenbaden, Solarium, Sauna, Beauty-Behandlungen und intensive Tätigkeiten begleitet von Schwitzen (sportliche Aktivitäten) , Kontakt mit Staub (Haushaltsarbeiten, etc.) und auf jeden Fall für die ersten 2 Tage den direkten Kontakt mit Sonnenlicht, tragen dunkle Sonnenbrille und Hut.
- Bis zwei Wochen nach der Behandlung kein Botox oder dermal fillers verwenden. PhiLings Behandlungen können 3 Wochen nach der Behandlung mit Botox oder dermal fillers sicher durchgeführt werden.

Das Institut kann im Falle einer unsachgemäßen Nachbehandlung nicht haftbar gemacht werden.

### 7. Bestätigung *(zutreffendes bitte ankreuzen)*

Ich bestätige, dass ich den Inhalt jedes Absatzes dieser Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe. Ich habe keine unrealistischen Garantien oder Garantien im Bezug auf die zu realisierenden Vorteile oder Konsequenzen der vorgenannten Verfahren erhalten.

Ja	Nein
----	------

Ich bestätige mit der Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung, dass ich die Gelegenheit hatte, alle möglichen Fragen zu der Behandlung zu stellen und das alle meine Fragen vollständig und verständlich durch das Institut beantwortet wurden.

Ja	Nein
----	------

Der Behandlungsablauf und die Nachsorgebehandlung wurden mir ausführlich erklärt und ich verstehe es und bin damit einverstanden.

Ja	Nein
----	------

8. Gerichtsstand: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_