



Praxis VitaReset, Worbstrasse 133, 3073 Gümligen, vitareset@bluewin.ch, 079 960 38 82

## Einverständniserklärung und Orientierung für Neukunden

*Bitte Blockschrift*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Dieser Informations- und Fragebogen ist die Grundlage für die Erstberatung / Anamnese und evtl. Aufklärungsgespräch vor der Kryolipolyse-Behandlung.

**Kontraindikationen:** Starkes Übergewicht, Erkrankungen des Fettgewebes, Kälte- oder Druckurtikaria (Nesselsucht). Kryoglobulinämie (Gefässentzündungen), Schwangerschaft, Hautareale mit Wunden, Blutungen oder beeinträchtigte Blutzirkulation. Hauterkrankungen im betreffenden Behandlungsbereich.

Unmittelbar nach der Kryolipolyse-Behandlung ist die Hautstelle errötet. Eine leichte Schwellung und kleine Hämatome (Blutergüsse) können auftreten. Diese Veränderungen verschwinden normalerweise innert wenigen Tagen vollständig.

Nach 6 Wochen kann eine Folgebehandlung an der gleichen Zone durchgeführt werden. Gemäss Entwickler der Methode sind insgesamt 3 Behandlungen pro Körperareal/Körperzone im Abstand von 6 Wochen nötig, um die maximale Fettzellenreduktion zu erreichen.

Das Kryolipolyse-Gerät ist ein kontrolliertes und mehrfach geprüftes Gerät und erfüllt die notwendigen Sicherheitsstandards für kosmetische Behandlungen.

Der Therapeut kann die Behandlung generell ablehnen, falls die Risiken den zu erwartenden Nutzen übersteigen oder andere Gründe vorliegen, die eine Behandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

### **Kundenerklärung:**

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen der Kryolipolyse-Behandlung (Rötung, Schwellung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut) bekannt. Ebenfalls ist mir bekannt, dass der Erfolg der Kryolipolyse-Behandlung stark von der Hautbeschaffenheit, dem Lymphsystem und das Ansprechen auf die Behandlung abhängt. Mir ist bewusst dass ich den Behandlungserfolg mit meinem Essverhalten und meiner körperlichen Bewegung stark beeinflussen kann.

Ich werde bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit weder den Therapeuten, noch die Gesellschafter, Eigentümer, Betreiber, Personal oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. Die Teilnahme an der Kryolipolyse-Behandlung erfolgt auf meine eigene Gefahr. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

Ich weiss, dass die Kosten für die Kryolipolyse-Behandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden und ich diese selbst tragen muss.

Ich weiss, dass der Erfolg und das Risiko von Behandlungen durch die körperliche Verfassung und eventuelle Vorschäden beeinflusst werden.

Bei Unklarheiten werde ich mich von meinem Hausarzt beraten lassen.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ort und Datum:..... Unterschrift:.....



Bitte Fragen mit JA / NEIN beantworten

1. Haben Sie schon einmal eine Liposuction (Fettabsaugung) zur Umfangreduktion durchführen lassen?
2. Sie sind Sie stark übergewichtig?
3. Leiden Sie unter Erkrankungen des Fettgewebes oder der Leber?
4. Leiden Sie unter einer aktiven Kälte- und Druckurtikaria / Nesselsucht
5. Leiden Sie unter Kryoglobulinämie (Gefässentzündungen)?
6. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt? (z.B. Gefässe, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem)
7. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingepflanzt? (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefässe, Bronchialasthma)
8. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc)
9. Leiden Sie an ungewöhnlich starker Narbenbildung?
10. Leiden Sie unter verzögerter Wundheilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer
11. Leiden Sie unter Hypo- / Hyperpigmentierung/Pigmentverschiebungen?
12. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?
13. Bestehen im beabsichtigten Behandlungsgebiet Hauterkrankungen, Wunden, Blutungen oder eine beeinträchtigte Blutzirkulation?

Körpergrösse:.....

Gewicht:.....

Die erteilten Auskünfte unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum:.....

Unterschrift Kunde:.....