

AUFKLÄRUNGS- UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für paramedizinische Pigmentierung bei Minderjährigen

Angaben zum Studio

Fabian Schuh
Kaiser-Friedrich-Ring 20
66740 Saarlouis
Tel.: 0177 9318717
E-Mail: dermakonzept@web.de

Angaben zur minderjährigen Person

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Angaben der Erziehungsberechtigten

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

- Beide Erziehungsberechtigte sind einverstanden
 Alleiniges Sorgerecht liegt vor (Nachweis erforderlich)
-

1. Art der Dienstleistung

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass es sich um eine **nichtärztliche, kosmetische Dienstleistung** handelt.

Die Pigmentierung stellt **keine medizinische Behandlung im ärztlichen Sinne dar** und ersetzt weder eine ärztliche Diagnose noch eine Therapie.

2. Aufklärung über Ablauf und Ergebnis

Ich/Wir wurden über den Ablauf der Behandlung informiert:

- Vorgespräch & Hautanalyse
- Vorzeichnung der Form
- Pigmentierung
- ggf. Korrektur- und Nachbehandlungen

- Die Vorzeichnung wurde gezeigt
- Ich/Wir stimmen der Form ausdrücklich zu
- Das zu erwartende Farbergebnis wurde erklärt

Mir/Uns ist bekannt, dass:

- das Farbergebnis unmittelbar nach der Behandlung intensiver erscheinen kann
- das endgültige Ergebnis erst nach vollständiger Abheilung sichtbar ist
- mehrere Sitzungen erforderlich sein können
- kein bestimmtes Ergebnis garantiert werden kann

3. Gesundheitsangaben (verbindlich)

Ich/Wir bestätigen, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben:

Bluterkrankung

JA NEIN _____

Diabetes

JA NEIN _____

HIV

JA NEIN _____

Hauterkrankungen

JA NEIN _____

Allergien

JA NEIN _____

Immunschwäche / Immunsuppression

JA NEIN _____

Autoimmunerkrankungen

JA NEIN _____

Blutverdünner / Gerinnungshemmer

JA NEIN _____

Infektionskrankheiten

JA NEIN _____

Schwangerschaft

JA NEIN _____

Epilepsie

JA NEIN _____

Hepatitis

JA NEIN _____

Sonstige Erkrankungen

JA NEIN _____

Cortisonbehandlung

JA NEIN _____

4. Mitwirkungspflicht

Ich/Wir verpflichten uns:

- alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu machen
- Änderungen des Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen

Mir/Uns ist bewusst, dass unvollständige Angaben Risiken erhöhen können.

5. Risiken & mögliche Reaktionen

Ich/Wir wurden ausführlich über mögliche Reaktionen aufgeklärt, insbesondere:

- Rötungen
- Schwellungen
- Spannungsgefühl oder Juckreiz
- Krustenbildung während der Heilung
- unterschiedliche Pigmentaufnahme
- mögliche Farbveränderungen im Heilungsverlauf

Ein Restrisiko für allergische Reaktionen kann nicht ausgeschlossen werden.

6. Verhalten nach der Behandlung

Ich/Wir wurden über die Nachsorge informiert und verpflichten uns zur Einhaltung.

Insbesondere:

- kein Kontakt mit ungeeigneten Produkten
- keine mechanische Reizung
- Vermeidung von Sonne, Solarium, Sauna und Schwimmen

Mir/Uns ist bewusst, dass die Nichteinhaltung die Heilung und das Ergebnis negativ beeinflussen kann.

7. Medizinische Hinweise

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass:

- es bei MRT-Untersuchungen in seltenen Fällen zu Reaktionen kommen kann
 - ein Abstand von mindestens 4 Wochen empfohlen wird
-

8. Betäubung

- Es wurde keine Betäubung verwendet
- Es wurde eine Betäubungscreme verwendet

Mir/Uns ist bekannt, dass auch hierbei Unverträglichkeiten auftreten können.

9. Nachbehandlung

Ich/Wir wurden über die Pflege informiert und verpflichten uns zur Einhaltung der Nachsorgehinweise.

10. Nachbehandlungen

- Nachbehandlungen können erforderlich sein
 - diese sind ggf. zeitlich begrenzt
 - weitere Behandlungen können kostenpflichtig sein
-

11. Foto- und Dokumentationseinwilligung

- Ich/Wir stimmen der Anfertigung von Fotos zur Dokumentation zu
- Ich/Wir stimmen der anonymisierten Verwendung zu

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

12. Haftung

Die Haftung des Anbieters richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.

Eine Haftung ist insbesondere ausgeschlossen für:

- individuelle körperliche Reaktionen
 - unzureichende Nachpflege
 - unvollständige oder falsche Angaben
-

13. Datenschutz

Personenbezogene Daten werden vertraulich behandelt und gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet.

14. Einwilligung

Ich/Wir bestätigen:

- dass eine umfassende Aufklärung erfolgt ist
- dass alle Informationen verstanden wurden
- dass Fragen gestellt werden konnten
- dass die Einwilligung freiwillig erfolgt

Ich/Wir erklären uns ausdrücklich mit der Durchführung der Pigmentierung einverstanden.

15. Anwesenheit beim Termin

- Ein Erziehungsberechtigter ist beim Termin anwesend
 - Die Durchführung darf auch ohne Anwesenheit erfolgen
-

Unterschriften

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____

Unterschrift minderjährige Person: _____

Unterschrift Behandler: _____