

## AUFKLÄRUNGS- UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### für paramedizinische Pigmentierung

---

#### Angaben zum Studio

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

---

#### Angaben zur Kund:in

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

---

#### 1. Art der Dienstleistung

Ich wurde 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 wurde über den Ablauf der Behandlung informiert:

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

- Die Vorzeichnung wurde mir gezeigt  
 Ich stimme der Form ausdrücklich zu  
 Das zu erwartende Farbergebnis wurde mir erklärt

Mir 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 bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu machen:

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 verpflichte mich:

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

Mir ist bewusst, dass unvollständige Angaben Risiken erhöhen können.

---

#### 5. Risiken & mögliche Reaktionen

Ich wurde 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 wurde über die Nachsorge informiert und verpflichte mich zur Einhaltung.

Insbesondere in den ersten Tagen:

- kein Kontakt mit ungeeigneten Produkten (z. B. Kosmetika)
- keine mechanische Reizung (Kratzen, Reiben)
- Vermeidung von Sonne, Solarium, Sauna und Schwimmen

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

---

#### 7. Medizinische Hinweise

Ich wurde 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 (z. B. Emla)

Mir ist bekannt, dass auch hierbei Unverträglichkeiten auftreten können.

---

## **9. Nachbehandlung**

Ich wurde über die Pflege informiert und verpflichte mich 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 stimme der Anfertigung von Fotos zur Dokumentation zu
- Ich stimme der anonymisierten Verwendung zu (z. B. Website, Social Media, Portfolio)

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft 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 der Kund:in
- 

### **13. Datenschutz**

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

---

### **14. Einwilligung**

Ich bestätige hiermit:

- dass ich umfassend aufgeklärt wurde
- dass ich alle Informationen verstanden habe
- dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen
- dass ich freiwillig in die Behandlung einwillige

Ich bestätige, dass ich **mindestens 18 Jahre alt** bin.

---

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

Unterschrift Kund:in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler: \_\_\_\_\_