

---

## Information und Einverständniserklärung: Epilationsbehandlung mit Variable Pulsed Light (VPL)

Nach einem ausführlichen Beratungsgespräch, bei dem mir alle Fragen beantwortet wurden, dem Erhalt von schriftlichem Informationsmaterial sowie ausreichender Bedenkzeit habe ich mich für eine VPL-Behandlung entschieden.

Mir ist bewusst, dass ca. 3 % der Patienten nicht oder nur ungenügend auf die Epilationsbehandlung ansprechen, deshalb erhalte ich keine Garantie auf Erfolg und werde das vereinbarte Behandlungshonorar in jedem Fall begleichen.

Ebenfalls ist mir klar, wie ich mich vor und nach der Behandlung zu verhalten habe, insbesondere auch im Hinblick auf folgende Punkte:

- sonnengebräunte Haut vor der Behandlung wieder etwas abblassen lassen.
- nach der Behandlung mind. zwei Wochen direkte Sonneneinstrahlung vermeiden und danach einen Sonnenschutz (LSF 50+) verwenden. Trotz sorgfältiger Schutzmassnahmen kann es in seltenen Fällen zu Pigmentverschiebungen kommen (Hyper- oder Hypopigmentierung).
- während einer Epilationsbehandlung werde ich 14 Tage vor dem jeweiligen Termin die Haare nicht zupfen/mit Wachs entfernen, lediglich schneiden oder rasieren.

Der Arzt/das Praxisteam wurde von mir über folgende Punkte informiert:

1. Ich leide unter folgenden Krankheiten:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    | <input type="checkbox"/> Epidermolysis bullosa | <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris   |
| <input type="checkbox"/> Atopische Dermatitis | <input type="checkbox"/> Lupus                 | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____        |  |   |

2. Ich nehme regelmässig folgende Medikamente:

---

3. Ich hatte in den vergangenen vier Wochen vor den jeweiligen Behandlungen kein Peeling oder ähnliche Behandlungen der Haut.

Mit meiner Unterschrift bezeuge ich, dass ich alle oben stehenden Informationen verstanden und die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Bei Änderungen der von mir gemachten Angaben werde ich das Praxisteam jeweils vor einer Behandlung informieren.

Ort & Datum

Name & Geburtsdatum

Unterschrift

---