ANAMNESEBOGEN & EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Aquafacial | Dermaplaning | Glass Skin

Welche Behandlung soll ausgeführt werden: **Aquafacial** ☐ **Dermaplaning** ☐ **Glass Skin** ☐

Name:_____ Geburtsdatum: _____

Behandlung

Aquafacial: Beim Aquafacial wird die Haut porentief gereinigt, exfoliert und mit hochkonzentrierten Wirkstoffen versorgt. Ziel ist ein verfeinertes Hautbild, mehr Glow, die Reduzierung von Unreinheiten, trockenen Stellen, Pigmentflecken und verstopften Poren.

Dermaplaning: Beim Dermaplaning wird mit einer sterilen Klinge die obere abgestorbene Hautschicht sowie feiner Flaum (Vellushaare) entfernt. Ziel ist eine glattere, ebenmäßigere Hautoberfläche und ein verbesserter Wirkstoffeinzug.

Glass Skin: Glass Skin ist eine hochintensive Glow-Behandlung, bei der due Haut tiefenwirksam hydratisiert und aufgepolstert wird. Ziel ist ein strahlender Teint, verbesserte Hauttextur.

Mögliche Reaktionen / Risiken

Ich wurde darüber informiert, dass:

- Die Haut nach der Behandlung gerötet, gespannt oder leicht empfindlich sein kann
- Leichte Schwellungen oder punktuelle Irritationen auftreten können
- es zu temporären Abschuppungen der Haut kommen kann
- allergische Reaktionen auf Produkte nicht ausgeschlossen werden können
- bei Dermaplaning minimale Schnittverletzungen möglich sind
- bei unreiner oder empfindlicher Haut vorübergehend mehr Unreinheiten auftreten können
- bei unsachgemäßer Nachpflege leichte Irritationen entstehen können
- Infektionen bei mangelnder Hygiene entstehen können

Nachpflege

Ich wurde darüber informiert, dass ich folgende Hinweise beachten muss:

- 48 Stunden lang kein Make-up auftragen
- 1 Woche lang direkte Sonne, Solarium, Sauna und Dampfbad vermeiden
- täglich Sonnenschutz SPF 50 auftragen, für mind. 7 Tage
- keine Peelings, keine Retinol- oder Fruchtsäureprodukte für 5-7 Tage
- keine intensiven Sporteinheiten in den ersten 24 - 48 Stunden
- keine Selbstbräuner für 5 Tage
- bei Dermaplaning: 24 Stunden keine stark duftenden oder reizenden Produkte

Hautanalyse

Ich bestätige, dass keine der folgenden Punkte auf mich zutreffen:

- Hauterkrankungen, z.B. Schuppenflechte, Rosazea, aktive Akne, Ekzeme, Herpes… JA ☐ NEIN ☐
  Falls ja, bitte angeben: _____
- Asthma, Allergien auf Kosmetikprodukte, Latex etc? JA ☐ NEIN ☐
- Sonnenbrand oder frische Narben JA ☐ NEIN ☐
- Neigung zu Keloiden / übermäßiger Narbenbildung JA ☐ NEIN ☐
- Schwächung des Immunsystems JA ☐ NEIN ☐
- Hautkrebs oder allergische Reaktion auf Lokalbetäubung JA ☐ NEIN ☐
- Einnahme von Medikamenten, die die Hautempfindlichkeit erhöhen (z.B. Isotretinoin, Kortison) JA ☐ NEIN ☐
- derzeitige Schwangerschaft oder Stillzeit JA ☐ NEIN ☐
- offene Wunden, Entzündungen oder Infektionen im Gesichtsbereich JA ☐ NEIN ☐
- vorangegangene chirurgische Eingriffe und Faltenunterspritzung (an diesen Stellen kein Ultraschall) JA ☐ NEIN ☐
- Blutgerinnungsstörungen oder Einnahme blutverdünnender Medikamente? JA ☐ NEIN ☐
- akute rheumatische Erkrankungen (Rheumaschub könnte stimuliert werden) JA ☐ NEIN ☐
- sonstige Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Herzrhythmusstörung, Thrombose oder Venenentzündung, Tumore, Metastasen, Knochenmarkentzündung JA ☐ NEIN ☐
- Metallimplantate (z.B. Schrauben, Platten) im Anwendungsbereich JA ☐ NEIN ☐
- elektrische Transplantate, z.B. Herzschrittmacher JA ☐ NEIN ☐
- Botox-Behandlung in den letzten 14 Tagen JA ☐ NEIN ☐

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich über die Durchführung, Wirkung und möglichen Risiken der von mir gewählten Behandlung(en) informiert und aufgeklärt wurde, dass ich obige Informationen gelesen und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.
Die Behandlung erfolgt auf meine eigene Verantwortung.

- Vorher-Nachher-Bilder für Werbungszwecke dürfen gemacht werden und auf Social Media verwendet werden JA ☐ NEIN ☐

Ort, Datum & Unterschrift: _____