ANAMNESEBOGEN &
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
Microneedling

Name:_____ Geburtsdatum: _____

Behandlung Microneedling

Beim Microneedling wird die Haut mit feinen Nadeln behandelt, um die körpereigene Kollagen-produktion anzuregen und das Hautbild sichtbar zu verbessern.
Ziel ist es, Fältchen, Akne, Narben, Pigmentflecken, Poren oder Unebenheiten zu reduzieren.

Mögliche Reaktionen / Risiken

Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Haut während und nach der Behandlung Rötungen, leichte Ödeme und punktuelle Blutungen aufweisen kann
- allergische Reaktionen der Haut oder der Augen nicht ausgeschlossen werden können
- ein leichtes Brennen auf der Haut empfunden werden kann
- Spannungs- und Trockenheitsgefühle empfunden werden können
- es zu temporärer Schuppung/Krustenbildung der Haut kommen kann
- das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit von Kunde zu Kunde variiert und u.a. sehr von Lebensgewohnheiten abhängig ist (Raucherhaut, sonnengeschädigte Haut, usw.)
- eine leichte Narbenbildung bei unsachgemäßer Nachpflege auftreten kann
- Infektionen bei mangelnder Hygiene entstehen können
- ich 10 Tage vor der Behandlung keine blutverdünnenden Medikamente einnehmen darf

Nachpflege

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

- mind. 2-4 Wochen lang auf Laser- oder IPL-Behandlungen verzichten
- mind. 2-4 Wochen lang keine Schälkuren verwenden
- Produkte mit Farb- oder Duftstoffen, Parabenen oder Paraffinen vermeiden
- 48 Stunden lang kein Make-up auftragen
- 1 Woche lang direkte Sonne, Solarium, Sauna und Dampfbad vermeiden
- täglich Sonnenschutzcreme mit hohem Lichtschutzfaktor auftragen, für mind. 7 Tage
- keine aktiven Wirkstoffe wie Retinol- oder Fruchtsäureprodukte verwenden für mind. 5-7 Tage
- keine Gesichtsbehandlungen, Peelings für 2 Tage
- keine Zahn-OPs für 2 Tage

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), ggf. auch entzündliche Vorgänge 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 Microneedling-Behandlung informiert und aufgeklärt wurde, dass ich obige Informationen gelesen und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.
Bei einer auftretenden Reaktion übernimmt der Salon keine Haftung. 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: _____