

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR MICRONEEDLING (KOSMETISCHE BEHANDLUNG)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Termin: _____

Die bei mir geplante kosmetische Microneedling-Behandlung erfolgt ausschließlich im nicht-medizinischen Bereich und bedarf meiner ausdrücklichen Einwilligung.

Durch dieses Informationsblatt sowie das persönliche Aufklärungsgespräch mit meinem Behandler wurde ich umfassend über Art, Ablauf und Umfang der Behandlung, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie über das realistisch zu erwartende Behandlungsergebnis informiert. Mir ist bekannt, dass es sich nicht um eine medizinische Behandlung handelt und keine Heil- oder Erfolgsgarantien abgegeben werden.

Mir ist bekannt, dass es nach der Behandlung zu folgenden, üblichen Reaktionen kommen kann:

- Hautrötungen und leichte Schwellungen (Ödeme)
- leichtes Brennen oder Wärmegefühl der Haut, vergleichbar mit einem leichten Sonnenbrand, für mehrere Stunden
- Spannungsgefühl, Trockenheit oder leichte Schuppung der Haut für 1–2 Tage

Diese Reaktionen gelten als normale Hautreaktionen und stellen keinen Behandlungsfehler dar.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich die **Vorgaben vor der Behandlung vollständig eingehalten habe**, insbesondere:

7 Tage vor der Behandlung habe ich keine blutverdünnenden Mittel oder Medikamente aus den folgenden Gruppen eingenommen, sofern dies medizinisch vertretbar war:

- Aspirin und/oder bestimmte Migränemittel
- Vitamin E sowie hochdosiertes Vitamin C über den normalen Tagesbedarf hinaus
- Ginkgo-Präparate oder andere blutverdünnende Substanzen

3–5 Tage vor der Behandlung habe ich keine folgenden Produkte oder Behandlungen angewendet:

- Retinoide (z. B. Retinol, Vitamin A)
- Fruchtsäuren (AHA/BHA)
- Peelings oder andere intensive Hautbehandlungen

24–48 Stunden vor der Behandlung habe ich Folgendes vermieden:

- Solarium
- Sauna oder Dampfbäder
- Waxing oder andere Haarentfernungsmethoden im Behandlungsbereich

Ich wurde darüber aufgeklärt und bestätige, dass ich nach der Behandlung für mindestens 2–3 Tage folgende Einwirkungen vermeiden werde:

- direkte Sonneneinstrahlung und Solarium
- Sauna, Dampfbäder und starke Hitze

Mir ist bekannt, dass innerhalb der ersten Woche nach der Behandlung bei Sonnenexposition zwingend ein Sonnenschutz mit sehr hohem Lichtschutzfaktor (SPF 50) zu verwenden ist.

Mir ist bewusst, dass bei Nichteinhaltung dieser Hinweise ein erhöhtes Risiko für Pigmentstörungen, Hautirritationen oder unerwünschte Hautreaktionen besteht.

Mir ist bekannt, dass das Behandlungsergebnis sowie dessen Haltbarkeit individuell unterschiedlich sind und unter anderem vom Hautzustand, dem Lebensstil und den persönlichen Lebensgewohnheiten abhängen (z. B. Rauchen, UV-Belastung, Hauttyp).

Ein bestimmtes Ergebnis kann nicht garantiert werden.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich und rechtsverbindlich, dass bei mir **keine der folgenden Erkrankungen, Zustände oder Kontraindikationen vorliegen:**

- aktive Herpesinfektionen
- Hautentzündungen oder akute Hauterkrankungen
- Lupus erythematoses
- Diabetes mellitus oder bekannte Wundheilungsstörungen
- ansteckende Erkrankungen (z. B. HIV, Hepatitis)
- geschwächtes Immunsystem oder Autoimmunerkrankungen
- bekannte Allergien gegen Kosmetikprodukte oder deren Inhaltsstoffe
- akute rheumatische Erkrankungen

Weitere bekannte Erkrankungen, gesundheitliche Besonderheiten oder regelmäßig eingenommene Medikamente (falls vorhanden):

Ich bestätige, dass ich meinen Gesundheitszustand wahrheitsgemäß, vollständig und ohne Zurückhaltung angegeben habe.

Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben zu gesundheitlichen Risiken führen können, für die das Studio keine Haftung übernimmt.

Ich bestätige, dass ich die schriftliche Aufklärung vollständig gelesen, verstanden und eingehalten habe.

Im persönlichen Aufklärungsgespräch wurden mir der Behandlungsablauf, mögliche Risiken, Nebenwirkungen sowie risikosteigernde Faktoren ausführlich erklärt.

Alle meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet.

Ich erkläre, dass ich ausreichend Bedenkzeit hatte und mich freiwillig und auf eigenen Wunsch für die Microneedling-Behandlung entscheide.

Folgende Areale werden behandelt: _____

Hiermit willige ich rechtsverbindlich in die Durchführung der kosmetischen Microneedling-Behandlung ein.

Unterschrift Kunde: _____

Datum: _____