

---

# KUNDENINFORMATION

---

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wir bitten Sie folgende Informationen während Ihrer Behandlung zu beachten:

- Das gewünschte Behandlungsareal reinigen. Nach der Behandlung sollten Sie 12 Stunden kein Sport treiben, Sauna- und Solariumbäder, Chlor und Peelings vermeiden.
- Direkt nach dem Pro Facial könnte eine leichte Rötung (Durchblutung) und ein Spannungsgefühl (die Poren ziehen sich zusammen) auftreten. Diese verschwinden jedoch meistens nach der Radiofrequenz vollständig. Im Ausnahmefall und bei intensiver Aquabrasion kann die Rötung einige Stunden anhalten. Die Behandlung ist schmerzlos, kann in Einzelfällen als unangenehm empfunden werden.
- Wir empfehlen zu Beginn einer Therapie mit 5 Behandlungen im Abstand von 1 bis 2 Wochen, um eine deutliche Verbesserung von kleinen Fältchen, Überpigmentierung und Hautunreinheiten zu erhalten. Anschließend ist eine Behandlung in regelmäßigen Abständen von ca. 1 Monat empfehlenswert.
- Wirkstoffe die nach ProFacial aufgetragen werden, nimmt die Haut intensiver auf und werden so ihre volle Wirkung in der Tiefe der Haut entfalten.
- Der Sofort Effekt zeigt sich direkt nach der Behandlung. Gleichzeitig wird die Ursache der Hautanomalie auf langfristiger Basis bekämpft.
- Das Hautbild wird von Behandlung zu Behandlung besser.
- Die Hautoberfläche ist aufgrund des intensiven Peeling Effektes nach der Behandlung empfindlicher.
- Bei Nichteinhalten der Nachbehandlungsangaben könnte zu einer Hyperpigmentierung und Irritationen führen.
- Das ProFacial arbeitet mit einer 3 Phasen Lösung aus AHA Säuren, BHA Säuren und einer feuchtigkeitsspendenden Hyaluronsäurekomplex. Im Anschluss kann man mit Radiofrequenz, Ionenlifting und Ultraschall weiterarbeiten.
- Grundsätzlich hängt die Anzahl der Behandlungen von dem individuellen Hautzustand ab.
- Es entsteht eine nachweisliche Auffrischung und Straffung der tiefen Gewebsschichten unter der Haut. Kleine Fältchen können ganz verschwinden. Das Ergebnis hängt vom Zustand des Gewebes ab und ist variabel.
- Die Handstücke werden nie über die Augen bewegt.
- Bei Verwendung der apparativen Kosmetikaufsätze wie Radiofrequenz, Ultraschall und Ionenlifting kann es zu einen schnelleren Abbau von Fillern wie Hyaluronsäure oder Botox geben.

---

## KUNDENDATEN

---

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

  

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

  

Mobile Nr. \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

---

## FRAGEBOGEN

---

Sehr geehrter Kunde, bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit uns. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (Bitte zutreffendes ankreuzen)

1. Leiden Sie an Hautkrankheiten? Ja  Nein
  
2. Neigen Sie zu Rötungen, Schwellungen oder Nesselsucht? Ja  Nein
  
3. Ist bei Ihnen eine Faltenunterspritzung mit Botox, Hyaluron oder Filler gemacht worden? Wenn ja, wo und wie lange liegt diese zurück?  
Ja  Nein

4. Sind Sie zurzeit schwanger?

Ja  Nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche

---

---

---

---

---

Folgende Medikamente sind von der Behandlung ausgeschlossen: Antibiotikum, Aknepräparat, Cremen mit Bergamoten, Antidepressiva, Cortison, Johaniskraut, Eisenpräparat (weitere Medikamente, die die Haut lichtempfindlich macht)

6. Leiden Sie momentan unter einer akuten Herpes Infektion?

Ja  nein

---

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen (Seite 1 – Seite 6) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlungen ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten der Stelle unverzüglich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, dem Berater jede Frage zur vorgeschlagenen Behandlung zu stellen.

Datum / Unterschrift Kunde

---