



Einwilligung in eine Lasertherapie

Vor- und Nachname

Straße

PLZ Wohnort

Geburtsdatum

Ich erkläre mich mit folgender Laserbehandlung, mit evtl. Fotodokumentation einverstanden:

Motiv: _____

Körperstelle: _____

Über Art und Weise der Laserbehandlung sowie über wesentliche Vor- und Nachteile sowie Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden wurde ich heute mündlich unterrichtet. Insbesondere wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass in einigen Fällen als möglich Folgen der Lasertherapie die Entstehung von Narben an den behandelnden Stellen, Pigmentverschiebungen, besonders nach frühzeitiger ungeschützter Sonnenbestrahlung der behandelten Stellen sowie Wundheilungsstörungen, Blasenbildung, Rötungen oder vorübergehende Hautirritationen auftreten können.

Über das erforderliche Verhalten vor, während und nach der Behandlung bin ich mündlich und durch das Merkblatt „Entfernung von Tätowierungen“ aufgeklärt worden. Meinte Fragen wurden mir vollständig und verständlich beantwortet. Ich verpflichte mich, ggf. vereinbarte Kontrolltermine sowie alle Verhaltensweisen zu beachten.

Die Behandlung erfolgt bei mir aus ästhetischen Gründen und gehört nicht zur ärztlichen Grundversorgung. Mir ist bewusst, dass die dadurch entstehenden Kosten nicht durch Krankenkassen oder private Versicherungen übernommen werden und durch mich zu tragen sind.

Die eventuell in Anspruch genommene ärztliche Nachbehandlung durch die der Novo Derma GmbH betreuende Arztpraxis, muss ebenfalls privat bzw. bar abgerechnet werden.

Die Kosten der Sitzung sind nach jeder Behandlung bar zu zahlen!

Ort, Datum

Unterschrift der/des aufklärenden
Lasertherapeuten/in

Unterschrift des/der Patienten
bzw. Erziehungsberechtigten