

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Einwilligung zur ästhetischen Behandlung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Ich bestätige hiermit,

- dass ich den Anamnesebogen nach bestem Wissen und vollständig ausgefüllt habe,
- dass ich den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden habe,
- dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
- dass meine Fragen verständlich beantwortet wurden, und
- dass ich in die geplante ästhetische Behandlung ausdrücklich einwillige.

Geplante Behandlung mit:

- ☐ Hyaluronsäure
- ☐ Calciumhydroxylapatit / Radiesse®
- ☐ Polynukleotide /
- ☐ Sculptra
- ☐ Sonstige: _____



Ich weiß, dass ein bestimmter ästhetischer Erfolg nicht garantiert werden kann und dass Folgebehandlungen notwendig sein können.

Einwilligung zur Fotodokumentation

Ich bin mit Fotoaufnahmen zur medizinischen Dokumentation einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin zusätzlich mit der anonymisierten Verwendung von Vorher-/Nachher-Bildern zu Informations- oder Präsentationszwecken einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Ich willige in die Durchführung der besprochenen Behandlung ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Behandlerin: _____