

FRAGEBOGEN
CNC Micro Needling Behandlung

Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Tel. _____
 Geboren am: _____

1. Leiden Sie unter Haut- und/oder Infektionserkrankungen? Wenn ja, welche?

2. Leiden Sie unter Herpes Simplex? (Falls ja, machen wir Sie darauf aufmerksam, dass bei einer Micro Needling Behandlung speziell im Lippenbereich ein bestehender Herpes aufflammen kann)

Ja Nein

3. Leiden Sie unter einer akuten (aktiven) Akne?

Ja Nein

4. Leiden Sie unter Hautinfektionen (Cave: Warzen)?

Ja Nein

5. Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

6. Sind Sie in dermatologischer Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? Nein

7. Leiden Sie unter Hautkrebs oder aktinischen Keratosen in den zu behandelnden Arealen?

Ja Nein

8. Leiden Sie unter einem unkontrollierten Diabetes mellitus (Wundheilungsstörungen)?

Ja Nein

9. Nehmen Sie cortisonhaltige Medikamente? Wenn ja, welche?

Ja Nein

10. Nehmen Sie Vitamin A Säure Präparate? Werden oder wurden Sie mit Fruchtsäure behandelt? Wenn ja bis wann?

Ja Nein

11. Haben Sie sich einer IPL/Laserbehandlung unterzogen? Wenn ja, wann?

Ja Nein

12. Haben Sie eine medizinische Dermabrasionsbehandlung durchführen lassen? Wenn ja, wann?

Ja Nein

13. Wurde bei Ihnen eine Faltenunterspritzung mit Botulinumtoxin und oder Hyaluronsäure durchgeführt, die weniger als 2 Wochen zurückliegt?

Ja Nein

14. Neigen Sie zur Keloidbildung (Narbenwucherung)?

Ja Nein

15. Nehmen Sie derzeit gerinnungshemmende Mittel ein? (Aspirin, ASS, Marcumar)

Ja Nein

16. Sind Sie derzeit in strahlentherapeutischer oder chemotherapeutischer Behandlung?

Ja Nein

17. Liegt eine Schwangerschaft vor?

Ja Nein

18. Sind Sie Bluter?

Ja Nein

19. Leiden Sie unter einer diagnostizierten Rosacea Stufe 2 oder höher?

Ja Nein

20. Leiden Sie unter Migräne bzw. sind Sie Migränepatient?

Ja Nein

21. Leiden Sie unter Multipler Sklerose?

Ja Nein

22. Leiden Sie unter Epilepsie?

Ja Nein

Bei Rauchern kann es durch starke Kontraktion der Blutgefäße zu geringerer Bildung von Petechien kommen. Daher sollte mindestens 3 Stunden vor der Behandlung nicht mehr geraucht werden.

Sofern Fragen mit Ja beantwortet sind, bitte vorher mit dem Arzt abklären, ob eine Behandlung durchgeführt werden darf.

Anmerkungen

Die Haut benötigt bis zu 14 Tage nach der Micro-Needling Behandlung, um mit der Reparatur der Mikroverletzungen abzuschließen und in die Auf- bzw. Umbauphase überzugehen.

Sie können die Haut in den ersten 3-5 Tagen durch folgendes Verhalten unterstützen:

- Vermeiden Sie direktes Sonnenlicht und Solariumbesuche und verwenden Sie einen hohen Lichtschutz
- Verwenden Sie keine Peelings
- Vermeiden Sie zu heißes Wasser oder direkte Wärmeeinwirkung auf die behandelten Zonen
- Vermeiden Sie das Arbeiten in schmutzigen Umfeld
- Vermeiden Sie den Kontakt mit Chlorwasser (Schwimmbad, Jacuzzi)
- Vermeiden Sie starkes Schwitzen (Sport, Sauna, Dampfbad)
- Vermeiden Sie die Haarentfernung mittels Wachs, Enthaarungscremes, IPL, etc.

Folgende Produkte sind für die Heimpflege empfehlenswert:

- aesthetic world Anti-Aging Fluid LSF50
- Hyaluron STERIL
- aesthetic world Hyaluron Forte Serum
- Classic PLUS DiHyal Soft
- MED Hyal Set

Für Ihre individuelle Pflege berät Sie Ihre Fachkosmetikerin ausführlich.

Einwilligungserklärung zur CNC Micro Needling Behandlung

Ich wurde über die Behandlung „Micro Needling“ und insbesondere über deren Risiken und Nebenwirkungen umfassend aufgeklärt. Meine Fragen zu dieser Behandlungsmethode wurden alle vollständig und in ausreichendem Maße beantwortet.

Ich habe den Fragebogen zur Micro Needling Behandlung, der Bestandteil meiner Einwilligungserklärung ist, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Mir ist bewusst, dass es trotz sorgfältiger und fachgerechter Anwendung durch die Kosmetikerin insbesondere zu folgenden Begleiterscheinungen/Komplikationen kommen kann:

- leichte Verletzungen der Haut
- kleinere Einblutungen, gerade bei hormonellen Veränderungen, wie Menstruation
- Aufflammen von Herpes simplex, insbesondere im Lippenbereich
- bei Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten: starke Blutung
- Auslösen einer Migräne
- Kribbeln
- Rötungen (Erythem)
- Schwellungen
- Berührungsempfindlichkeit
- Stechen und Jucken
- Spannungs- /bzw. Trockenheitsgefühl
- leichtes Abschuppen der Haut

Nach zeitlich ausreichender und reiflicher Überlegung willige ich hiermit in die Behandlung „Micro Needling“ ein.

Ort/Datum

Unterschrift

