

Laserepilation

Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Ich habe das Informationsblatt Epilationslaser gelesen und

bin von Dr. über die Laserbehandlung aufgeklärt worden.

Mir wurde eine Kopie dieser Patienteninformation ausgehändigt.

Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der Laserepilation wurde ich aufgeklärt, insbesondere über das Risiko der Rötung des behandelten Areals und die Möglichkeit einer Pigmentverschiebung (die Haut ist dann heller oder dunkler als die umliegende Haut), die jedoch in den meisten Fällen rückbildungsfähig ist.

Narbenbildung tritt extrem selten auf, auch Infektionen treten sehr selten nach der Laserepilation auf, gelegentlich kann es zum Aufflackern von Herpesinfektionen kommen.

Ich wünsche die Durchführung einer lasermedizinischen Epilation.

Mir ist bekannt, daß medizinisch-kosmetische Leistungen nicht durch die gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind, und dass die Kosten am Tag der Leistungserbringung zu bezahlen sind.

Datum

Unterschrift des Patienten