

KTP Laser

Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

Ich habe das Informationsblatt „KTP – Laser“ gelesen und verstanden und bin vom Arzt über die Laserbehandlung aufgeklärt worden.

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Mir wurde eine Kopie dieser Aufklärung ausgehändigt.

Ich wünsche die lasermedizinischen Entfernung von

.....

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.

Generell gibt es nur sehr selten Komplikationen bei Verwendung unseres modernen KTP-Lasers.

Nach der Behandlung kann es zur Ausbildung kleiner Krusten an den behandelten Stellen kommen. Eine Narbenbildung ist sehr selten.

Weiterhin kann es in Abhängigkeit vom Hauttyp zu einer Pigmentverschiebung (die Haut ist dann heller oder dunkler als die umliegende Haut) kommen, die jedoch in den meisten Fällen rückbildungsfähig ist.

Sollte bei Ihnen eines der zuvor benannten Probleme auftreten, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung, damit wir Sie zum weiteren Vorgehen beraten können.

Datum des Aufklärungsgespräches

Unterschrift des Patienten