

---

## KUNDENINFORMATION

---

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

wir bitten Sie, folgende Informationen während Ihrer Behandlung zu beachten:

- Für die dauerhafte Haarentfernung werden in der Regel mehrere Sitzungen benötigt. Innerhalb von zwei bis drei Wochen nach der Behandlung fallen 15 – 25% der Haare aus.
- Zum Behandlungstermin müssen die zu behandelnden Körperpartien rasiert sein. Dies sollte im optimalen Fall einen bis 5 Tage vor der Behandlung erfolgen, sodass die Haare max. 1 – 2 mm aus der Haut ragen. Mindestens 6 Wochen vor der Behandlung sollten die Haare nicht gezupft, gewachst oder epiliiert werden.
- Mindestens drei bis vier Wochen vor und nach der Behandlung sollten stärkere Sonnenbäder oder Solarien-Besuche vermieden werden. Die Haut sollte im Idealfall ungebräunt sein. Je heller die Haut, desto besser die Behandlung.
- An den behandelten Körperstellen kann es zu leichten Rötungen kommen, welche nach wenigen Tagen wieder abklingen.
- Bei der Einnahme von Johanniskraut, Kortison (auch als Salbe), Antibiotika, Eisenpräparate und Antidepressiver ist eine Behandlung nicht empfehlenswert, da es zu einer erhöhten Lichtempfindlichkeit der Haut kommen kann. Dies kann zu Pigmentstörungen führen.
- Durch die Einnahme von Hormonpräparaten können die Behandlungsergebnisse negativ beeinflusst werden.

- Diabetiker/innen sollten nicht behandelt werden, da es zu einer Schädigung der Blutgefäße und schnelleren Schädigung der Haut kommen kann.
- Bei Vorliegen von Lichtkrankheiten/Lichtallergie ist eine Behandlung ausgeschlossen, da es zu Verbrennungen oder Entzündungen kommen kann. Die Behandlung steht unter Risiko. Wenn der Kunde dennoch eine Behandlung wünscht, ist Rücksprache mit dem zuständigen Arzt zu halten.
- Es ist empfehlenswert, vor Beginn der Behandlungen beim Hautarzt eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen.
- Bei Vorliegen von Hautkrebs bzw. allg. Krebs ist eine Behandlung ausgeschlossen.
- Sollten sich Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während des Behandlungszeitraumes ergeben, müssen Sie Ihren Arzt und Ihren Behandler davon in Kenntnis setzen.
- Behandlungen an tätowierten Körperstellen sowie Permanent Make-up, Microblading und UV-Tattoos sind verboten. Dies gilt für alle derzeit bekannten Tätowierungsverfahren die auf jegliche Art und Weise Farbe in die Haut einbringen. Das Gerät erkennt das Haar und die Haut anhand der des Farbstoffes Melanin. Da das Gerät das Haarpigment von dem Farbpigment nicht unterscheiden kann, besteht die Gefahr von Verbrennungen und somit der Entstehung von Narben. oder Verbrennungen.
- Nach den ersten Behandlungen kann es zu einem vermehrten Haarwachstum kommen. Der genaue Zeitpunkt variiert von Kunde zu Kunde.
- Bei jeder Behandlung mit dem wird vorab Ultraschallgel auf Ihre Haut aufgetragen. Dies dient zur Kühlung der Haut.

- Haben Sie Hyaluron- oder Botox-Unterspritzungen, können sich diese nach der Behandlung zur Hautverjüngerung oder der Haarentfernung schneller abbauen.
- Behandlungsergebnisse und Behandlungsdauer können aufgrund verschiedener Einflussfaktoren variieren.
- Schwangere dürfen nicht behandelt werden, zum Schutz des Ungeborenen. Zudem schwankt der Hormonspiegel einer schwangeren Frau, wodurch die Behandlung eingeschränkt sein würde. Durch die hormonelle Umstellung des Körpers während der Schwangerschaft kann es in erhöhtem Maße zur Bildung von Pigmentflecken bzw. Fehlpigmentierungen kommen. In der Regel reguliert sich der Hormonhaushalt spätestens ein Jahr nach der Stillzeit.

#### Mögliche vorübergehende oder bleibende Nebenwirkungen

- Rötungen (Erytheme), Schmerzen, Verbrennungen
- Perifollikuläre Ödeme, Blutungen, Entzündungen
- Eingewachsene Haare (Follikulitis)
- Blasen- und Krusten
- Narbenbildung, Keloide
- Hyper- und/oder Hypopigmentierungen
- Verfärbung von Tattoos
- Veränderung melanozytärer Naevi
- Leukotrichie (vorübergehend oder dauerhaft, Depigmentierung von Haaren → weißes Haar)
- Paradoxe Hypertrichose (Kunden mit dunkler Haut und schwarzen Haaren sind hier gefährdeter)
- Augenschäden bis hin zur Erblindung (vor allem bei falscher Bedienung, fehlendem Augenschutz)

## Nachbehandlung

Für eine sichere und erfolgreiche Behandlung ist eine Nachsorge und Mitarbeit des Kunden erforderlich. Dazu gehört:

- Direkte UV-Bestrahlung vor und nach der Behandlung vermeiden und für 6 – 8 Wochen auf ausreichend Sonnenschutz LFS 30 – 50 achten
- Stark schweißtreibenden Sport, Sauna und Chlorwasser sollten direkt nach der Behandlung für 1 – 2 Tage vermieden werden
- Sollte sich Schorf/Krusten bilden, dürfen diese nicht behandelt werden. Dies bildet sich innerhalb 8–14 Tage von selbst zurück
- Bei Rötungen und Schwellungen sollte eine Nachkühlung erfolgen
- Sollten Nebenwirkungen oder Behandlungsfehler auftreten, ist ein professioneller Umgang im Anschluss wichtig, damit es zu keiner Verschlimmerung und evtl. problematischen Verläufen kommt

---

## KUNDENDATEN

---

Kunden Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

---

---

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

---

---

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

---

## ANAMNESE

---

Sehr geehrter Kunde,

Sehr geehrte Kundin,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Sollten Sie eine der folgenden aufgelisteten Gesundheitlichen Fragen mit „Ja“ antworten, darf die Behandlung nicht durchgeführt werden oder es ist besondere Vorsicht geboten. Sie können sich jedoch gerne mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, um eine Freigabe zur kosmetischen Behandlung zu erhalten. Bitte lassen Sie sich in diesem Fall eine schriftliche Bestätigung geben.

**(Bitte zutreffendes ankreuzen):**

### Allgemeine Krankheiten

Epilepsie Ja  Nein

Persönlichkeitsstörung Ja  Nein

Blutungskrankheiten/Gerinnungsstörung Ja  Nein

Herzrhythmusstörungen Ja  Nein

Herzschrittmacher Ja  Nein

Stoffwechselkrankheiten Ja  Nein

(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)

Akutes Fieber/ akute Infektion Ja  Nein

Akuter Herpes Ja  Nein

Copyright 2021 – Alle Inhalte, insbesondere Texte, Fotografien und Grafiken sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschließlich der Vervielfältigung, Veröffentlichung, Bearbeitung und Übersetzung, bleiben vorbehalten. Verstöße führen zu Schadensersatz sowie Zahlung einer Vertragsstrafe und können ggfs. strafrechtlich verfolgt werden.

Krebs	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hypalgesie (vermindertes Schmerzempfinden)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

### **Medikamente**

Eisenpräparate	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Kortison	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Johanneskraut	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner (z.B. Aspirin, Marcumar)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Sonstige Einnahme von Präparaten in den letzten 6 Wochen  
(insbesondere solche, die die Haut- und Lichtempfindlichkeit  
beeinflussen):

---

---

### **Haut- und Haarkrankheiten**

Neurodermitis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ekzeme	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Narbenrisiko/Wundheilungsstörungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Pilzerkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

- |                                    |    |                          |      |                          |
|------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Hypertrichose (Überbehaarung)      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Infizierte oder offene Wunden      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Lichtallergie/Hitzeempfindlichkeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| andere Hautkrankheiten             | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

---



---

### **Sonstiges**

- |   |    |                          |      |                          |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Liegt eine Schwangerschaft vor?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie in der Stillzeit?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Prothesen   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Implantate (z.B. Silikon)   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Zahnimplantate  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige metallhaltige Implantate   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Wurde vor kurzem ein starkes Peeling durchgeführt? (z.B. Fruchtsäure, Carbon Peeling, mechanisches Peeling, Schälkur) | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |





---

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten Stelle unverzüglich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, dem Berater jede Frage zur vorgeschlagenen Behandlung zu stellen.

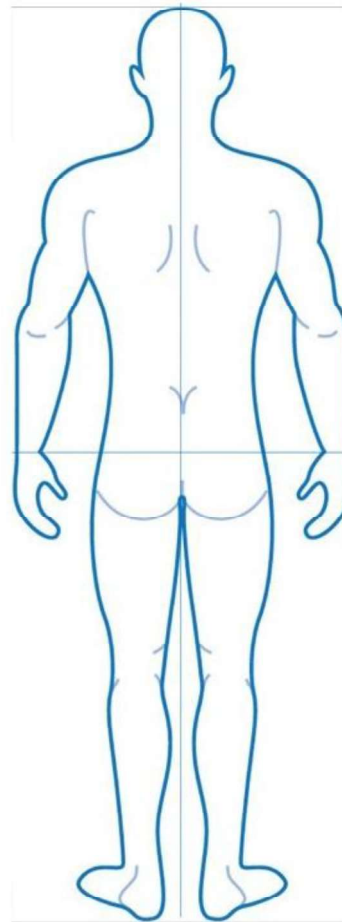
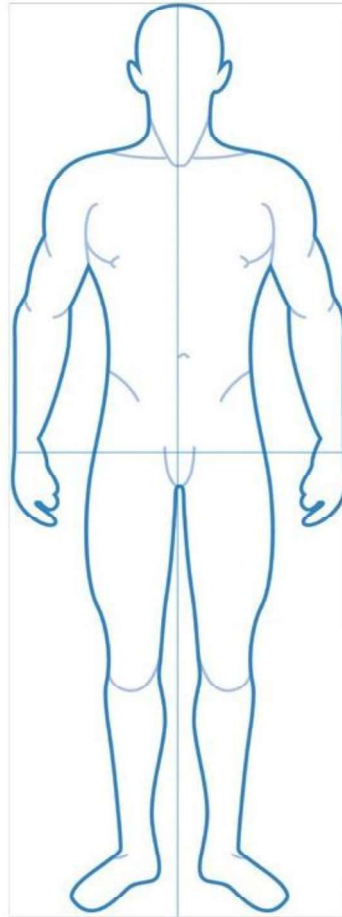
---

Datum / Unterschrift Kunde

---

## KUNDENKARTEI

---



Besondere Merkmale:

Haartyp: \_\_\_\_\_

Hauttyp: \_\_\_\_\_

Areale, die behandelt werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muttermale/Leberflecke/  
Sommersprossen/sonstige

Pigmentveränderungen

Tattoos

Krampfadern

Besenreißer

Hautveränderungen

welche: \_\_\_\_\_

Implantate

Narben

Datum	Anlage/ Bezeichnung/ Laserklasse	Anwender/ Kosmetiker*in	Behandlungs- zone	Einstellparameter der Anlage	Schüsse	Bemerkungen ggf. Nebenwirkungen, Fehleranalyse, Maßnahmen

