

Fragebogen Dermaroller Behandlung

Name, Vorname: _____ Alter: _____

Straße, PLZ, Wohnort : _____

Tel, E-Mail: _____

1. Leiden Sie unter Hauterkrankungen oder Krankheiten- wenn ja welche?

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

3. Leiden Sie unter Allergien? Welche?

4. Sind Sie in dermatologischer Behandlung, wenn ja, aus welchem Grund?

5. Nehmen Sie hormonhaltige Präparate? _____
6. Nehmen Sie cortisonhaltige Medikamente? _____
7. Nehmen Sie Vitamin A Säure-Präparate?
Werden oder wurden Sie mit Fruchtsäure behandelt, wenn ja bis wann? _____
8. Haben Sie sich einer Laserbehandlung unterzogen, wenn ja wann? _____
9. Wurde bei Ihnen eine Faltenunterspritzung durchgeführt? Wenn ja, wann mit welchem Mittel?

10. Neigen Sie zur Keloidbildung (Narbenwucherung) bzw. gibt in Ihrer Familie eine Person, die dazu neigt?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

für eine

COLLAGEN-INDUKTIONSBEHANDLUNG mit dem DERMAROLLER

Ich habe Interesse an einer Collagen-Induktions-Behandlung und gebe dazu mein freiwilliges Einverständnis. Folgende Hautpartien sollen behandelt werden:

Ich verstehe, dass durch die feinen Nadeln des Dermarollers neues körpereigenes Kollagen induziert wird. Dabei penetrieren die Nadeln die Epidermis und setzen in der Haut feine Mikroverletzungen. Durch den Wundheilungsprozess werden zahlreiche Wachstumsfaktoren ausgeschüttet, was zur Folge hat, dass sich unter der Hautoberfläche neue Kollagen- und Elastinfasern bilden. Dieser Prozess wird sich nach der Behandlung über eine Periode von 12 bis 16 Wochen hinziehen. Zur Erreichung eines optimalen Ergebnisses können mehrere Behandlungen notwendig sein.

Ich verstehe, dass die Behandlung folgende Nebenwirkungen haben kann:
(Bitte paraffieren Sie jeden Hinweis einzeln am Ende des Abschnitts.)

Erythema: Die Haut kann für einen Zeitraum von 1 bis 4 Tagen gerötet sein. Mit dem Heilungsprozess verschwindet das Erythema. Sechs Stunden nach der Behandlung kann ein medizinisch zugelassenes Make-up aufgetragen werden. _____

Keloid: Durch die Einstiche kommt es zu einer Mikroverletzung der Haut, die im medizinischen Sinn vernarbt. Sollten Sie an einer Keloidneigung leiden, kann auch eine Dermarollerbehandlung zu Keloiden führen. _____

Ich verstehe, dass die Behandlung mit dem Einschleusen von Wirkstoffen verbunden werden kann, die die Produktion von Collagen beschleunigen und optimieren können. _____

Ich verstehe, dass durch die Behandlung Hämatome (Blutergüsse) hervorgerufen werden können. _____

Hyperpigmentation: Bei einer kleinen Zahl von Behandelten kann nach der Behandlung eine Hyperpigmentation an der Hautoberfläche auftreten. (Dies kann besonders dann auftreten, wenn sie nicht mit geeigneten Mitteln gegen Sonnenstrahlen geschützt wird). Diese Nebenwirkung wird nach einigen Wochen abklingen und kann mit entsprechenden Pigment Gels behandelt werden. _____

Ich verstehe, dass zur Vermeidung einer möglichen Hyperpigmentierung ich mich 6 bis 8 Wochen nach der Behandlung keiner intensiven Sonnenbestrahlung (auch kein Solarium) aussetzen darf und bei Aufenthalt bei sonnigem Wetter im Freien einen Sonnenschutz mit dem Lichtschutzfaktor von mindestens 20 auftragen muss. _____

Ich verstehe, dass bei Patienten, die bereits unter dem Herpes Simplex gelitten haben, dieser durch die Behandlung wieder aktiviert werden kann. Sollte Herpes vorgelegen haben, empfiehlt sich eine Prä-Medikation durch einen Dermatologen.

Ich verstehe, dass eine Hautentzündung nach der Behandlung eine seltene Möglichkeit sein kann. _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass von der/den zu behandelnden Hautregion(en) Bilder gemacht werden können und Eigentum des Instituts sind. Ich ermächtige hiermit das Institut diese Bilder zum Zweck der wissenschaftliche Lehre oder der Illustration von Lehrbüchern verwenden zu können. Eine Veröffentlichung zu Werbezwecken kann nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich mich bestmöglich an die Anweisungen der die Behandlung durchführenden Person vor, während und nach der Behandlung halten werde. Ich verstehe, dass die Befolgung dieser Anweisungen und die Wiedervorstellung den Sinn haben, zu einem optimalen Behandlungsergebnis beizutragen.

Die Behandlung und die möglichen Nebenwirkungen wurden mir erklärt und ich hatte Gelegenheit, dass all meine Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. Ich habe klar verstanden, dass der Zweck der Behandlung eine Verbesserung des Aussehens anstrebt, aber keine Perfektion. Es kann möglich sein, dass die angestrebten Verbesserungen nicht das gewünschte Ergebnis bringen und meine Erwartungen nicht erfüllt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine persönlichen Daten und die Antworten zu möglichen Hauterkrankungen korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.

Datum

Vorname, Name

Unterschrift