

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR EINE GESICHTSBEHANDLUNG MIT DER PHILINGS-TECHNIK

Die Einwilligung wird zwischen den Vertragspartnern

---

---

---

---

-im Folgenden Fachkraft genannt-

und

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_

-im Folgenden Kunde genannt-

geschlossen.

## 1. ERKLÄRUNG

Der Kunde wurde über die Gesichtshautbehandlung mit PhiLings-Technik von der ausführenden Fachkraft informiert. Die Art des Verfahrens, deren Zweck und Nutzen, Dauer und erwartete Ergebnisse, mögliche Risiken, schmerzhaft und andere vorübergehende oder dauerhafte Folgen, wurden dem Kunden im Detail erklärt. Die Fachkraft oder das Unternehmen sind verpflichtet, eine Behandlung unter strikter Einhaltung aller Hygiene- und Gesundheitsschutzmaßnahmen durchzuführen.

## 2. FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Um die Gesichtsbehandlung zuverlässig durchzuführen, beantworten Sie bitte die folgenden gesundheitlichen Fragen wahrheitsgemäß. Die Informationen werden vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

1	Leiden Sie an einer Bluterkrankung (Thrombose, Hämophilie, Anämie usw.)?	JA	NEIN
2	Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder 2)?	JA	NEIN
3	Besteht eine Hepatitis Erkrankung (A, B, C, D, E, F)?	JA	NEIN
4	Sind Sie HIV-positiv getestet?	JA	NEIN
5	Leiden Sie unter Hautkrankheiten (Rosazea, Impetigo, Erysipel, Lupus, Sklerodermie oder andere Krankheiten)?	JA	NEIN
6	Sind Ihnen vergangene Hautempfindlichkeiten bekannt? (Ekzem oder atopische Dermatitis)?	JA	NEIN
7	Haben Sie Allergien gegen Medikamente, Nahrung, Metalle, Make-up oder anderes?	JA	NEIN
8	Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?	JA	NEIN
9	Leiden Sie unter akuten oder chronischen Infektionskrankheiten?	JA	NEIN
10	Sind Sie anfällig für Lippenherpes (Herpes-Simplex) oder Fieberbläschen?	JA	NEIN
11	Leiden Sie an Epilepsie oder unter anderen Krampfanfällen?	JA	NEIN
12	Haben Sie Herzprobleme?	JA	NEIN
13	Liegt eine Schwangerschaft vor?	JA	NEIN
14	Nehmen Sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Aspirin, Antikoagulantien usw.)?	JA	NEIN
15	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	JA	NEIN
16	Leiden Sie an Wundheilungsstörungen?	JA	NEIN
17	Neigen Sie dazu, keloide oder hypertrophische Narben zu entwickeln?	JA	NEIN
18	Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol konsumiert?	JA	NEIN
19	Wurde in den letzten 14 Tagen eine Operation oder andere medizinische Eingriffe durchgeführt?	JA	NEIN
20	Erhielten Sie innerhalb der letzten 6 Monaten eine Botox-Injektion?	JA	NEIN

21	Wurde innerhalb der letzten 6 Monaten eine Laserbehandlung durchgeführt oder ein professionelles chemisches Peeling?	JA	NEIN
22	Hatten Sie jemals ein Permanent Make-up oder andere kosmetische Eingriffe?	JA	NEIN
23	Falls ja, hatten Sie nach der Behandlung Heilungsschwierigkeiten?	JA	NEIN
24	Verwenden Sie routinemäßig Retinol-A, Glykol oder andere Peelingprodukte?	JA	NEIN
25	Sind Sie Kontaktlinsenträger?	JA	NEIN
26	Haben Sie eine ölige Haut?	JA	NEIN
27	Haben Sie zurzeit Ihre Periode?	JA	NEIN
28	Neigen Sie dazu dunkle Flecken auf der Haut oder Sonnenbrand zu entwickeln?	JA	NEIN
29	Vernarben auch kleine Hautverletzungen bei Ihnen leicht?	JA	NEIN
30	Bluten Sie auch bei kleineren Schnittverletzungen stark?	JA	NEIN
31	Haben Sie prothetische Implantate (Zahnersatz)?	JA	NEIN
32	Haben Sie eine persönliche Krebsgeschichte?	JA	NEIN
33	Werden Sie derzeit mit einer Strahlen- oder Chemotherapie behandelt?	JA	NEIN
34	Waren oder sind Sie zurzeit in Akne Accutane-Behandlung?	JA	NEIN
35	Leiden Sie unter Erkrankungen, die zur Vormedikation ein Antibiotikum erfordert, z.B. vor einem zahnmedizinischen oder anderen invasiven Verfahren?	JA	NEIN

**Sollte der Fall eingetreten sein, dass Sie auf Fragen mit „JA“ geantwortet haben, nutzen Sie bitte den entsprechenden Platz, um eine Erklärung zu geben. Tragen Sie zu Ihrer Erklärung die entsprechende Nummer der Frage ein.** Dass Sie eine Frage mit „JA“ beantwortet haben, bedeutet nicht, dass Sie für die kosmetische Behandlung ausgeschlossen sind. Es können jedoch Informationen sein, die für die Fachkraft wertvoll sind. Da jeder Körper und die jeweilige Hautbeschaffenheit einzigartig ist oder angegebene Informationen vorgeben können, dass auf der Grundlage eines Gesundheitszustandes, der die Heilung beeinträchtigt, ist es ratsam oder erforderlich, Ihren Arzt zu konsultieren, bevor die Behandlung durchgeführt werden kann.

Sollten zutreffende Erkrankungen nicht aufgeführt sein, listen Sie diese bitte entsprechend auf.

---



---



---



---



---



---



---



---

### **3. VERTRAGLICHE VERPFLICHTUNGEN**

Der Kunde akzeptiert, dass sein Gesicht für Fotos zu Werbezwecken benutzt werden darf.

JA                    NEIN                    (bitte umkreisen)

### **4. GARANTIE**

Hiermit verzichtet der Kunde gegenüber der Fachkraft auf alle Ansprüche, Forderungen, Schäden, Handlungen und Handlungsursachen, die sich aus der Erbringung der Leistungen ergeben.

Die Fachkraft oder das Unternehmen haften in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften im Falle von Fahrlässigkeit oder Unachtsamkeit oder vorsätzlich oder fahrlässig verursachten sowie lebensbedrohlichen Verletzungen.

### **5. ERLÄUTERUNG**

Der Kunde wird im Detail über spezifische Risiken der Gesichtsbehandlung mit der PhiLings-Technik informiert. Folgende Risiken werden dem Kunden ausdrücklich erklärt:

- Während der Behandlung ist trotz des Fachwissens und aller Vorsichtsmaßnahmen eine Verletzung möglich.
- Trotz der Anwendung von modernsten und hochwertigsten Produkten können in Einzelfällen allergische Reaktion vorkommen, diese sind selten. Der Kunde ist sich dessen bewusst und trägt diesbezüglich allein die Verantwortung.
- Während und nach der Behandlung können vorübergehende Schwellungen, Rötungen und/oder Juckreiz auftreten. Die Erfahrung sagt, dass diese Symptome nur vorübergehend sind.

## **MICRONEEDLING**

Nach dem Eingriff wird die Haut gerötet sein. Dies kann mit dem Grad der Errötung eines moderaten Sonnenbrands verglichen werden. Diese Effekte werden wenige Stunden nach der Behandlung stark abnehmen und innerhalb der nächsten 24 Stunden wird die Haut vollständig geheilt sein. Nach 3 Tagen wird das sichtbarste Erythem abgeklungen sein.

Das Ergebnis der Behandlung kann aufgrund von Differenzen in der Hautqualität des Kunden abweichen. Aus diesem Grunde kann keine Erfolgsgarantie ausgesprochen werden.

Um die gewünschten Erfolge zu erzielen, sollten bis zu 3 Behandlungen, mit einem Zeitabstand von 2 Wochen, durchgeführt werden. Die Ergebnisse bleiben für etwa 4-6 Monate bestehen.

## **PHI-ION**

Nach dem Eingriff werden Cluster von gelblichen Flecken bis zu 2 mm Durchmesser im behandelten Bereich erscheinen und bis zu 5 Tage sichtbar bleiben. Augenlider können nach der Behandlung geschwollen und rot sein - der Kunde kann ein eventuelles Kribbeln wahrnehmen. Alle diese Nebenwirkungen sollten innerhalb von 7 bis 10 Tagen verschwinden. Die richtige Nachsorge mit entsprechender Produkthanwendung ist von großer Bedeutung.

In der Regel reicht eine Behandlung aus, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Nach ca. einem Monat findet ein Check-up-Termin statt, bei dem die Fachkraft bestimmt, ob eine zusätzliche Behandlung notwendig ist. Die Ergebnisse werden voraussichtlich mindestens 9 Monate anhalten.

Microneedling sowie die Plasmatherapie führt immer zu einer Hautverletzung. Daher ist es wichtig, Ihre Haut sorgfältig und sanft nach der Behandlung zu pflegen, um die Heilung ohne Komplikationen zu ermöglichen.

Unzureichende Nachsorge der Haut in der Heilungsphase kann zu schlechten Ergebnissen führen und weder die Fachkraft, noch das Unternehmen und alle Personen, die das Unternehmen vertreten, können dafür haftbar gemacht werden.

## **IN DEN NÄCHSTEN 7 TAGEN IST DER KUNDE AUFGEFORDERT, DIE FOLGENDEN ERFORDERLICHEN PUNKTE ZU BEACHTEN:**

- Waschen Sie Ihr Gesicht mindestens 5 Stunden, optimal 12 Stunden, nach der Behandlung **nicht**, um eine optimale Wirkung der PhiFace After Treatment Mask zu gewährleisten. Innerhalb der nächsten 3 Tage nach der Behandlung sollen spezielle Nachsorgeprodukte (PhiSoothing Cream und Ultimate SkinCocktail) nach detaillierter Gebrauchsanweisungen angewendet werden. Bitte verwenden Sie keine anderen Cremes, außer denen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden, um mögliche Infektionen oder allergische Reaktionen zu vermeiden.
- Verwenden Sie für 48 Stunden nach der Behandlung keine Make-up Produkte auf der Gesichtshaut, einschließlich der Augenlider.
- Setzen Sie sich in der ersten Woche nach der Behandlung keinem direktem Sonnenlicht aus und tragen Sie dunkle Sonnenbrillen und Hut. Vermeiden Sie das öffentliche Baden, Sonnenbaden, Solarium, Sauna, Schönheitsbehandlungen und intensives Training mit Schwitzen (Sportaktivitäten) sowie Kontakt mit Staub (Haushaltsarbeiten, etc.).
- Bis zu zwei Wochen nach der Behandlung dürfen keine Botox-Injektionen oder andere dermale Füllstoffe angewendet werden. Die PhiLings Behandlungsmethoden können 3 Wochen nach der Behandlung mit Botox oder Implantation von dermalen Füllstoffen sicher durchgeführt werden.

Die Fachkraft und alle anderen Personen, die das Unternehmen vertreten, können bei unsachgemäßer Nachbehandlung nicht haftbar gemacht werden.

## **6. SALVATORISCHE KLAUSEL**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

## **7. GERICHTSSTAND**

Gerichtsstand ist \_\_\_\_\_

## **8. KOMPETENZ**

Ich bestätige, dass ich den Inhalt jedes Absatzes gelesen und verstanden habe. Ich bin mir bewusst, keine unrealistischen Ergebnisse oder Garantieleistungen in Bezug auf die zu realisierenden Nutzen oder Konsequenzen der vorgenannten Verfahren zu erwarten.

Ich bestätige mit der Unterzeichnung dieses Einverständnisformulars, dass mir die volle Gelegenheit gegeben wurde, alle Fragen über die Verfahren zu stellen und ich erhielt eine klare und verständliche Antwort auf meine Fragen von der Fachkraft oder ihrer Mitarbeiter.

Das Behandlungsverfahren und die Nachbehandlung wurden mir ausführlich erklärt. Ich versichere dies verstanden zu haben und bin damit einverstanden.

Da die Behandlung laut §223 StGB Körperverletzung ist, willige ich mit meiner Unterschrift entsprechend §228 StGB ausdrücklich in die Körperverletzung ein.

### **Unterschrift Kunde:**

\_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift

Ich habe alle dargestellten Informationen persönlich mit dem Kunden besprochen.

### **Unterschrift Fachkraft:**

\_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift