

JA NEIN

2. Sind Sie stark übergewichtig? JA Nein

3. Leiden Sie unter Erkrankungen vom Fettgewebe oder Leber?

JA NEIN

4. Leiden Sie unter einer aktiven Kälte oder Druckurtikaria (Rötungen, Schwellungen, Nesselsucht) ?

JA Nein

5. Leiden Sie unter Gefäßentzündungen? JA Nein

6. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) od. wichtiger Organe (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüsen, Nervensystem) bekannt ?“

JA NEIN

7. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder wurde ein Herzschrittmacher/ Defibrillator eingepflanzt? JA NEIN

8. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc..)?

JA NEIN

9. Leiden Sie unter verzögerter Wundheilung, Abszessen, Ekzemen, Fisteln oder einer ungewöhnlich " starken Narbenbildung? JA NEIN

10. Leiden Sie unter Hypo/ Hyperpigmentierung/ Pigmentverschiebungen?

JA NEIN

11. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

JA NEIN

Mir sind die möglichen Nebenwirkungen der Kryolipolysebehandlung wie Rötung, Schwellung, Unter- oder Überpigmentierung der Haut bekannt.

Auch ist mir bekannt, dass der Erfolg der Kryolipolyse Behandlung stark von der Hautbeschaffenheit, Lymphsystem und dem Ansprechen auf die Behandlung abhängt.

Anmerkungen zur Erstberatung (z.B. Individuelle Risiken und damit verbundene, mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen).
Behandlungsablauf-/ Protokoll

.....
.....

IHR HAUTARZTTEAM

.....
Vorname und Name in Blockschrift

.....
Ort und Datum Unterschrift Kunde Unterschrift Therapeut

IHR HAUTARZTTEAM