

EINVERSTÄNDNIS

Sehr geehrte Kundin,
bitte füllen Sie vor der Behandlung die folgende
Einverständniserklärung aus:

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

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen
beantwortet. 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 Ausführung
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 an der zu behandelnden Stelle
unverzüglich zu informieren.

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

Datum

Unterschrift