

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