

# Einverständniserklärung des Patienten zur Injektion/Korrektur von Falten oder anderen Gewebedefekten mit DERMAL®

Name:

Vorname:

Alter:

Männlich:

Weiblich:

Straße:

PLZ:

Ort:

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die bei Ihnen bevorstehende Korrektur von Falten und/oder anderer Gewebedefekten mit einem Material aus der DERMAL® Produktlinie (sterile, vernetzte, viskoelastische Hyaluronsäure nicht animalischen Ursprungs) bedarf Ihrer Einwilligung. Dieses Informationsblatt und das nachfolgende Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt soll Sie über Art und Umfang der Unterspritzung, mögliche Risiken und Nebenwirkungen und das zu erwartende Resultat informieren.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass nach der Unterspritzung mit DERMAL®

- leichter Juckreiz und/oder leichte Schmerzen an der Einstichstelle auftreten können
- Hautrötungen und leichte Ödeme möglich sind
- Gewebeverhärtungen im Injektionsbereich auftreten können

Ich bin darüber informiert worden, dass ich 10 Tage vor der Injektion mit DERMAL® keine Blutverdünnungsmittel wie

- Aspirin und/oder Migränemittel
- Vitamin E und C
- Ginkgopräparate
- Enzyme

einnehmen soll.

Ich habe verstanden, dass ich 2 Wochen nach der Unterspritzung starke Hitzeeinwirkung durch

- Sonne und Solarium
- Dampfbäder und Sauna

vermeiden muss.

Außerdem wurde ich darüber aufgeklärt, dass es in sehr seltenen Fällen nach der Unterspritzung mit vernetzter Hyaluronsäure zu Granulombildung, Abszessen und allergischen Reaktionen kommen kann. Nebenwirkungen und Entzündungen, die länger als eine Woche anhalten, sind unbedingt dem behandelnden Arzt oder Heilpraktiker mitzuteilen, damit eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden kann.

Das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit variiert von Patient zu Patient und ist u.a. sehr stark vom Lebenswandel und den Lebensgewohnheiten des jeweiligen Patienten abhängig.

Ich habe meinen behandelnden Arzt oder Heilpraktiker wahrheitsgemäß über meine medizinische Vorgeschichte informiert.

- Vorangegangene Schönheitschirurgische Eingriffe
- Vorangegangene Faltenunterspritzungen
- Entsprechende Unverträglichkeitsreaktionen
- Allergische Reaktionen auf Lokalbetäubung
- Übermäßige Narbenbildung nach Verletzungen oder chirurgischen Eingriffen
- Herpesinfektionen, Hautentzündungen etc.
- Schwächung des Immunsystems, Autoimmunerkrankungen
- Asthma, Allergien, z.B. auf Kosmetikprodukte, Lebensmittel, spezielle Medikamente, Latex etc.
- Funktionsstörungen der Schilddrüse
- Rheumatische Erkrankungen
- sonstige Erkrankungen
- Medikamenteneinnahme

## Einverständniserklärung

Ich habe die schriftliche Information erhalten und habe den Aufklärungsbogen mit meinem Arzt oder Heilpraktiker gemeinsam gelesen.

Im Aufklärungsgespräch wurde die Indikation, Wahl des Verfahrens, risikoe erhöhende Faktoren, mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen, eventuelle Folgeeingriffe sowie

\_\_\_\_\_ besprochen.

Alle meine Fragen wurden umfassend, vollständig und verständlich beantwortet.

Ich willige in die Durchführung der Faltenbehandlung mit DERMAL<sup>®</sup> ein, möchte sofort behandelt werden und verzichte auf die Bedenkzeit von 24 Stunden.

Ich verpflichte mich, die o. a. Hinweise und Anweisungen meines Arztes bzw. Heilpraktikers zu befolgen.

Datum:

Ort:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Heilpraktiker

Folgende Areale wurden  
am \_\_\_\_\_  
unterspritzt.

