

---

# KUNDENINFORMATION

---

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

wir bitten Sie folgende Informationen während Ihrer Behandlung zu beachten:

- Für die dauerhafte Haarentfernung werden in der Regel mehrere Sitzungen benötigt. Innerhalb von 3 Wochen nach der Behandlung fallen vorerst fast alle Haare aus, wachsen jedoch zu ca. 80% wieder nach.
- Zum Behandlungstermin müssen die zu behandelnden Körperpartien rasiert sein. Dies sollte im optimalen Fall einen Tag vor der Behandlung erfolgen. Mindestens 6 Wochen vor der Behandlung sollten die Haare nicht gezupft, noch gewachst oder epiliiert werden.
- Mindestens 3 – 4 Wochen vor und nach der Behandlung sollte ein Sonnenbad oder Solarien-Besuche vermieden werden. Je Heller die Haut, desto besser die Behandlung.
- An den behandelten Körperstellen kann es zu leichten Rötungen kommen, welche nach wenigen Tagen wieder abklingen.
- Schwangere sollten nicht behandelt werden, weil aufgrund des Hormonspiegels einer schwangeren Frau eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Zudem kann es aufgrund der hormonellen Umstellung des Körpers während der Schwangerschaft in erhöhten Maße zur Bildung von Pigmentflecken kommen. In der Regel legt sich der Hormonhaushalt spätestens 1 Jahr nach der Stillzeit.
- Diabetiker oder die Einnahme von Johanniskraut, Kortison, Antibiotika o.ä. ist eine Behandlung nicht empfehlenswert, da es unter der Einnahme zu einer erhöhten Lichtempfindlichkeit der Haut kommen kann.
- Bei Vorliegen von Lichtkrankheiten / Lichtallergie ist eine Behandlung ausgeschlossen, weil es zu Verbrennungen, Entzündungen kommen kann und eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Wenn der Kunde dennoch eine Behandlung wünscht, ist Rücksprache mit dem zuständigen Arzt zu halten.
- Es ist empfehlenswert von Beginn der Behandlungen beim Hautarzt eine Hautkrebsvorsorge Untersuchung durchführen zu lassen. Ist im schlimmsten Fall Hautkrebs im Anfangsstadium, so wird es nach der Diodenlaser Behandlung für den Arzt schwieriger diesen zu erkennen, da Pigmentveränderungen auf der Haut optimiert werden.
- Bei Vorliegen von Hautkrebs ist eine Behandlung ausgeschlossen.

- Sollten sich Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während des Behandlungszeitraumes ergeben, müssen Sie Ihren Arzt und Ihren Behandler davon in Kenntnis setzen.
- Behandlungen an tätowierten Körperstellen sowie Areale mit Bemalungen (z.B. Henna) oder „Permanent - Make - Up“, „Microblading“ und „UV- Tattoos“ sind verboten. Dies gilt für alle derzeit bekannten Tätowierungsverfahren die auf jegliche Art und Weise Farbe in die Haut einbringen. Das Gerät erkennt das Haar und die Haut anhand der Pigmentierung des Farbstoffes Melanin. Da das Gerät das Haarpigment von dem Farbpigment (Tätowierung) nicht unterscheiden kann, besteht die Gefahr von Verbrennungen und somit der Entstehung von Narben.
- Durch die Einnahme von Hormonpräparaten können die Behandlungsergebnisse negativ beeinflusst werden.
- Während einer Kortison Therapie (Einnahme als Tablette oder Anwendung als Salbe) darf keine Behandlung durchgeführt werden bis das Kortison im Körper abgebaut ist.
- Nach der dritten und vierten Behandlung haben Sie mehr Haare als je zu vor. Dies, weil bei der ersten Behandlung die ruhenden Haarfollikel zum Ausbrechen aktiviert wurden. Nun sind diese auch in der Wachstumsphase und können direkt mit behandelt werden, sodass die Gefahr dass nach Jahren wieder Haare ausbrechen viel geringer ist
- Bei jeder Behandlung, wird vorab Ultraschallgel auf Ihre Haut aufgetragen.
- Haben Sie Hyaluron oder Botox, baut sich dieses nach einer Behandlung zur Hautverjüngerung oder der Haarentfernung im Gesicht schneller als üblich ab.
- Behandlungsergebnisse können variieren, dies ist von mehreren Faktoren abhängig.
- Nach Abschluss der gesamten Behandlung, ist es ratsam die Behandlung zur Auffrischung 1 x im Jahr zu wiederholen.

---

## KUNDENDATEN

---

Kunden Nr.

---

Vorname

---

Name

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

---

---

Straße / Haus - Nr.

---

PLZ

---

Land

---

---

---

Telefon

---

Mobile Nr. \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

---

## FRAGEBOGEN

---

Sehr geehrter Kunde,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

### **Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen**

**(Bitte zutreffendes ankreuzen)**

Herzerkrankungen Ja  Nein

Herzschrittmacher, Hirnschrittmacher,  
implantierte Hörgeräte, implant. Defibrillator Ja  Nein

Entzündungen auf der Haut Ja  Nein

Stoffwechselkrankheiten Ja  Nein

(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen etc.)

Allergien: Wärme/ Hitze, Licht/ Sonnenallergie Ja  Nein

### **Bemerkung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



andere Hautkrankheiten

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

**Infektionen**

- Akuter Herpes, Pilz Ja  Nein
- Akutes Fieber Ja  Nein
- andere Infektionen Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

**Sonstige**

- Epilepsie Ja  Nein
- Schlaganfall Ja  Nein
- andere Erkrankungen Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

---

Sind Sie zurzeit schwanger?

Ja  Nein

**In der Schwangerschaft und in der Stillzeit sollten Sie nicht behandelt werden, weil aufgrund der Schwankung des Hormonspiegels eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Zudem gibt es aktuell keine Untersuchungen ob eine Behandlung während der**

**Schwangerschaft unbedenklich ist. In der Regel legt sich der Hormonhaushalt spätestens 1 Jahr nach Ende der Stillzeit.**

---

---

Liegen bei Ihnen vor:

- Prothesen Ja  Nein
- Implantate (z.B. Silikon, Gel) Ja  Nein
- Zahnimplantate Ja  Nein
- Sonstige metallhaltige Implantate (z.B. Schrauben, Platten) Ja  Nein

Bemerkung

---

---

---

---

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen (Seite 1 – Seite 8) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlungen ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen 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 der behandelten der Stelle unverzüglich zu informieren.

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

---

Datum / Unterschrift Kunde



---

# KUNDENKARTEI

---



- AUGENBRAUEN
- OBERLIPPE
- WANGEN
- UNTERLIPPE
- KINN

- HALS
- BRUST
- BAUCH
- SCHULTER
- RÜCKEN

- OBERARME
- UNTERARME
- HANDRÜCKEN
- INTIMBEREICH
- GESÄß

- OBERSCHENKEL
- UNTERSCHENKEL
- FÜßRÜCKEN
- \_\_\_\_\_

---

## KUNDENKARTEI

---



- AUGENBRAUEN
- OBERLIPPE
- WANGEN
- UNTERLIPPE
- KINN
- HALS

- BRUST
- BAUCH
- SCHULTER
- RÜCKEN
- OBERARME
- UNTERARME

- HANDRÜCKEN
- INTIMBEREICH
- GESÄß
- OBERSCHENKEL

- UNTERSCHENKEL
- FUßRÜCKEN
- \_\_\_\_\_

---

---

HAUTTYP : \_\_\_\_\_

HAARTYP : \_\_\_\_\_

VORGEBRÄUNT : \_\_\_\_\_  
(auch Solarium)

---

---

Notizen:

SHR GERMANY