



KRYOLIPOLYSE mit EMS und Lymphdrainage

Einverständniserklärung und Anwendungsvertrag

Name: Vorname:

In einem persönlichen Gespräch wurde ich über Grund, Art und Ablauf der Kryolipolyse-Anwendung mit EMS und Lymphdrainage aufgeklärt.

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, hartnäckige Fettdepots und diätresistente Fettspeicher mit Kryolipolyse zu behandeln. Mir wurden ausführlich die Verhaltensweisen nach einer solchen Anwendung erklärt. Über die notwendigen Maßnahmen sowie die richtige Pflege nach einer solchen Anwendung wurde ich ebenso eingehend informiert, wie über mögliche Komplikationen. Bei überempfindlichen Menschen können sehr selten geringe Nebenwirkungen durch diese Anwendung auftreten.

Aufgrund dieser Erklärungen ist mir ausreichend bekannt, dass auch bei fachgerechter Durchführung der Anwendung folgende Risiken und Nebenwirkungen auftreten können:

- Nach der Anwendung kann es vorkommen, dass die behandelte Zone eine leichte Rötung aufweist. Diese kann einige Minuten oder mehrere Stunden andauern.
- Vereinzelt können blaue Flecken auftreten, fallweise abhängig vom Gewebe des Kunden, diese lösen sich nach einigen Tagen auf.
- Vereinzelt kann in der behandelten Zone ein Taubheitsgefühl auftreten (eine Einschränkung der normalen Sinneswahrnehmung oder der allgemeinen Empfindlichkeit).
- In sehr seltenen Fällen kann es bei Verletzung und Entzündung der Haut im betreffenden Areal zu einer Pigmentstörung kommen, falls die behandelte Person empfindlich auf Kälte reagiert.

Mir ist bekannt, dass mehrere Sitzungen notwendig sein werden, um den gewünschten Zustand bzw. das gewünschte Resultat zu erreichen. Es wurde mir erklärt, dass die Ursachen bzw. die Veranlagung zu meinem Befund nicht durch diese Anwendung beseitigt wird, sondern es wird versucht, einen kosmetisch besseren Zustand zu erreichen. Aufgrund dieses Gesprächs ist mir bekannt, dass keine Erfolgsgarantie für die Anwendungen gegeben werden kann, da die Anwendungsergebnisse unter anderem von folgenden individuellen Faktoren abhängig sind: behandelte Körperstelle, Lebensführung, Alter, Gewebebeschaffenheit, Ernährungsgewohnheiten, Wassergehalt der Haut, sportliche Aktivität.

Soweit möglich werde ich auf ausreichende Bewegung nach der Anwendung achten, um den Abbau des durch die Anwendung freigesetzten Fettes zu unterstützen. Mir ist bewusst, dass es sich um eine neuartige Methode handelt.

Erika Welten-Lüscher

Med. Praxisassistentin / Kosmetikerin / Visagistin
Nordic Walking Leiterin / SwissShape Coach

www.ew-cosmetics.ch

+41 76 392 38 63

Technikumstrasse 14 / 6048 Horw

of Switzerland
DEESE
Beratung



L I P O | G E N



Ich wünsche die Durchführung der weiter oben genannten Anwendung. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, mich zu entscheiden und habe keine weiteren Fragen mehr.

Hiermit willige ich ein, dass autorisiertes Fachpersonal bei Bedarf Zugriff auf meine gespeicherten Daten hat. Einer evtl. Auswertung für wissenschaftliche Zwecke stimme ich durch meine Unterschrift zu, wobei die Daten immer nur anonym weitergegeben werden. Fotografien lassen keinen Bezug zu meiner Person zu und werden nicht gemeinsam mit meinem Namen gespeichert.

Ich versichere, in einem guten Allgemeinzustand zu sein und keinerlei ernsthafte Erkrankungen zu haben. Ich werde meinen Anwender über Änderungen meines Gesundheitszustandes während der Dauer der Anwendungen informieren. Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Anwendung entstanden sein können, werde ich mich umgehend melden. Außerdem werde ich meinen Anwender über sämtliche Medikamente, die ich derzeit einnehme, informieren, gleich ob ärztlich verordnete oder frei verkäufliche Arzneien. Ich nehme zur Kenntnis, dass jede diesbezügliche Unterlassung meinerseits das Risiko von Nebenwirkungen oder Problemen nach der Anwendung vergrößern kann.

Ich bin damit einverstanden, dass diese unterschriebene Einverständniserklärung während meiner gesamten Anwendungszeit gültig bleibt. Dies geschieht im Hinblick auf die Anwendung, die ich heute erhalte und alle zukünftigen Anwendungen oder Dienstleistungen, die ich von Ihnen erhalten werde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich sämtliche oben stehenden Informationen verstanden und akzeptiert habe. Meine Fragen bezüglich der Anwendung und eventuelle Nebenwirkungen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Es handelt sich bei der Kryolipolyse-Methode um eine ästhetisch-kosmetische Anwendung, deren Kosten vollumfänglich von mir selber getragen werden müssen. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung. Bei einem Abonnement ist der Betrag im Voraus zu bezahlen.

Eine Garantie auf ein bestimmtes Ergebnis kann nicht gegeben werden. Es ist möglich, dass die Anwendung nicht adäquat anspricht (sogenannte "Non-Responder"). Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Mir ist bewusst, dass auch in diesem Fall das Honorar für die erbrachte Anwendung mir persönlich in Rechnung gestellt wird und beglichen werden muss.

Die Behandlung betrifft die folgenden Areale:

Ort und Datum:..... Unterschrift Kunde:.....

Erika Welten-Lüscher
Med. Praxisassistentin / Kosmetikerin / Visagistin
Nordic Walking Leiterin / SwissShape Coach

www.ew-cosmetics.ch

+41 76 392 38 63
Technikumstrasse 14 / 6048 Horw



L I P O | G E N