

DELIGHTER

diodEpilation

Einverständniserklärung

Der Laser emittiert kohärentes Licht mit gleichbleibender Wellenlänge (808 nm) durch intensive Impulse. Die Emission dieses Lichts erfolgt mittels Diodenzeilen. Dabei bewirkt die Lichtemission der Dioden die Erwärmung des Zielobjekts und die entsprechende Schädigung der Haare, ohne dabei das umliegende gesunde Gewebe anzugreifen. Nach der Behandlung können Hautrötungen mit leichter Ödembildung auftreten. Eispacks sowie lindernde und feuchtigkeitspendende Cremes schaffen bei diesen kleinen Unannehmlichkeiten innerhalb von 15-30 Stunden Abhilfe. In Extremfällen können am zweiten Tag kleine Bläschen oder dünne Hautkrusten auftreten, die wie oben aufgeführt zu behandeln sind. Zusätzlich sollte dabei Silbersulfadiazin angewendet werden. Zur Vermeidung etwaiger Hautpigmentierungen sind kurz vor den Sitzungen, während der Sitzungen und mindestens eine Woche nach der letzten Sitzung Bräunungslampen, Besuche im Solarium sowie Sonnenbäder untersagt. Muttermale oder Pigmentstörungen dürfen IN KEINEM FALL bestrahlt werden; bei unsicherer Diagnose ist von einer Bestrahlung Abstand zu nehmen. Die Gegenanzeigen für die Behandlung mit Diodenlaser umfassen:

Schwangerschaft, schwere Erkrankungen, Diabetes, AIDS, Lupus, Epilepsie, Sonnenbrände (der letzte muss mindestens einen Monat zurückliegen), Tumore, Hautverletzungen im Behandlungsbereich, Tätowierungen im Behandlungsareal oder chirurgische Eingriffe.

Patienten mit hypertrophen Narben und Narbengeschwulsten wird von einer Behandlung abgeraten. Bei akuten Entzündungen wird von einer Behandlung abgesehen. Photosensibilisierende Medikamente dürfen nicht eingenommen werden (die angewandten Arzneimittel sind zu vermerken). Sollten Tumore oder ernsthafte Folgen einer Diabeteserkrankung vorhanden sein, ist von einer Behandlung abzusehen. Bitte beachten Sie: Während und nach der Behandlung (über den gesamten Behandlungszeitraum) ist die Anwendung der vom behandelnden Personal empfohlenen Sonnenschutzcremes unerlässlich.

Ich, der/die Unterzeichnende, _____ geboren am _____

Wohnort _____

WÜNSCHE,

- Sitzungen mit einem DIODENLASER 808;
- für meinen Sohn/meine Tochter _____ geboren am _____
Behandlungen mit einem DIODENLASER 808.

Sollte der Gesundheitszustand und/oder die Medikamenteneinnahme Änderungen unterliegen, ist die Kundin verpflichtet, das Kosmetikstudio unverzüglich zu informieren.

ZWECKS BESTÄTIGUNG DER EINSICHTNAHME

Datum _____ Unterschrift _____