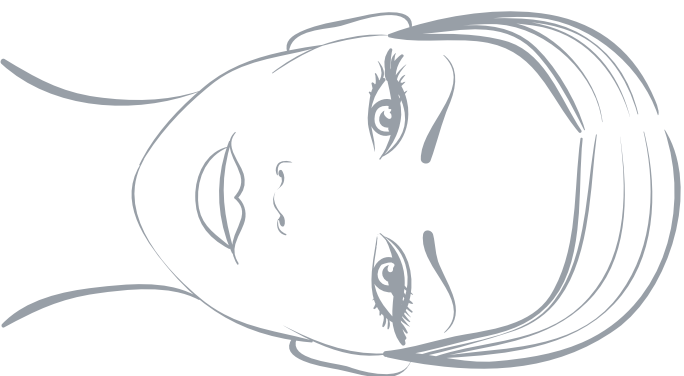


Einverständniserklärung zur Behandlung mit Dermalstyle®

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, die Korrektur von Falten durch die Einspritzung von Dermalstyle® vorzunehmen zu lassen, und zwar an folgenden Stellen:



Verwendete Produkte

- Dermalstyle® Light
- Dermalstyle® Regular
- Dermalstyle® Forte
- Dermalstyle® Forte Lidocain
- Dermalstyle® Smile Lidocain

Behandlung beginnt am: _____

Art, Inhalt, Risiken und Erfolgchancen der oben genannten Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch eingehend erläutert. Ein bestimmtes kosmetisches Ergebnis kann durch die Behandlung nicht garantiert werden. In Ausnahmefällen führt der Eingriff aus unterschiedlichen Gründen nicht zu dem gewünschten Resultat.

Ich habe die Patientenaufklärung gelesen und die Zielsetzung, die Bedeutung und mögliche Risiken der oben genannten therapeutischen Maßnahmen bzw. Behandlung verstanden. Über alternative Behandlungsmethoden wurde ich aufgeklärt.

Ich wurde darüber informiert, dass ggf. mehrere Behandlungen notwendig sind, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen. Der behandelnde Therapeut/in hat mich umfassend aufgeklärt und verständlich informiert.

Ich halte genug Zeit meine Entscheidung zu treffen. Alle meine Fragen wurden beantwortet.

Ich erkläre mich mit der oben genannten therapeutischen Maßnahme einverstanden.

Unterschrift des Patienten _____ Datum _____

Unterschrift des Therapeuten/in _____

DERMALSTYLE®

Entdecken Sie das sanfte Geheimnis ewiger Jugend

Patientenaufklärungsbogen

Gewebsunterspritzung mit Dermalstyle®
Injektion zur Faltenkorrektur und zum Volumenaufbau

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

natürliches Hyaluron, wie sie in den Produkten von Dermalstyle® vorkommt, reaktiviert durch intensive Hydratation die alternde Haut systematisch, besonders im Gesicht, auf dem Dekolleté und an den Händen. Der Hyaluronmangel wird wirksam ausgeglichen.

Durch die periparte Zusammensetzung von Dermalstyle® mit dem feuchtigkeitsspendenden Hyaluron werden tief in der Haut die Feuchtigkeitsthepots aufgefüllt. Oberflächliche Linien und Fältchen werden geglättet und tiefe Falten aufgepolstert. Dermalstyle® schützt, pflegt und regeneriert die Haut – für ein strahlendes Hautbild und ein lang anhaltendes, natürliches Aussehen.

Vorzüge von Dermalstyle®...

- sofortige Wirksamkeit
- lang anhaltende Wirkung
- natürliches Aussehen

Im folgenden möchten wir Sie über die Eigenschaften von Dermalstyle® informieren.

www.wo-med.com

Fragebogen /Anamnese

Sicher – effizient – wirksam

Dermastyle® ist ein weiches, homogenes, farbloses monophases Gel, das aus reinstem Hyaluron besteht, die mit dem körpereigenen Hyaluron identisch ist. Es wird mittels spezieller Herstellungsverfahren bakteriell fermentativ gewonnen und ist frei von tierischem Eiweiß. Aufgrund des extrem niedrigen Vernetzungsgehalts von Dermastyle® zählen unsere Produkte (Dermastyle® Regular, Forte sowie Dermastyle® Forte Lidocain und Smile Lidocain) zu den sichersten Dermal-Fillern.

Das Ergebnis ist ein natürlich aussehender Füllereffekt, der sich angenehm anfühlt.

Dermastyle® überzeugt durch ...

- ein sehr gutes kosmetisches Ergebnis,
- eine extrem hohe Reinheit,
- leichte Injizierbarkeit.

Die Wirkstoffkombination von Dermastyle® entspricht dem neusten Forschungsstand. So erreichen wir höchste Reinheit, Biokompatibilität und Allergiefreiheit. Eine Allergieastung ist nicht erforderlich.

Behandlung mit Dermastyle®

Dermastyle® wird mithilfe feinsten Nadeln unter die zu behandelnden Falten gespritzt. Durch das Eigenvolumen und die Fähigkeit, Wasser zu binden, polstert Dermastyle® den Raum unter der Falte auf. Der behandelte Bereich wird in der Regel anschließend leicht massiert, um das implantierte Material den Konturen des umgebenden Gewebes anzupassen.

Eine Behandlung dauert ca. 30 Minuten. Ein individuelles Schmerzmanagement durch Ihren behandelnden Therapeuten, das auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist, sorgt dafür, dass Sie sich wohlfühlen und eine schmerzfreie Behandlung erleben.

Dermastyle® ist ein hochwertiges Anti-Aging-Produkt mit lang anhaltender, aber nicht permanenter Wirkung (sechs bis zwölf Monate). Es wird im Laufe der Zeit zersetzt und vollständig vom Körper abgebaut.

Mögliche Nebenwirkungen von Dermastyle®

Dermastyle® wird in der Regel sehr gut vertragen. Sehr selten erfolgen nach der Behandlung injektionsbedingte Hautreaktionen wie leichte Schmerzen, Juckreiz, Hämatome oder vereinzelt leichte Schwellungen. Schon nach kurzer Zeit klingen diese Reaktionen jedoch wieder völlig ab.

Bitte informieren Sie umgehend Ihren behandelnden Therapeuten, wenn der Verdacht einer entzündlichen Reaktion besteht sowie über alle anderen sekundären Effekte, die sich entwickeln.

Dermastyle® sollte nicht angewendet werden bei:

- Patienten, die zu hypertropher Narbenbildung neigen
- Patienten, die mit Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern (z. B. ASS) behandelt werden
- Patienten mit Infektionen oder entzündeten Bereichen der Haut
- Patienten mit Autoimmunkrankheiten in der Anamnese, die eine Immuntherapie erhalten
- Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Hyaluronsäure
- Schwangeren und stillenden Frauen
- Patienten unter 18 Jahren

Worauf Sie nach der Behandlung achten sollten

Nach der Behandlung sollten Sie für drei bis vier Tage lang Alkoholkonsum, Saunabesuche und eine UV-Bestrahlung durch Sonne oder Solarium vermeiden. Auch sollten während der ersten sechs Stunden nach der Behandlung die behandelten Gesichtspartien nicht umhört oft berührt werden. Danach sind sanftes Waschen mit Seife und auch ein leichtes Make-up problemlos möglich.

Falls besondere Nachsorgemaßnahmen zu beachten sind, werden diese von Ihrem behandelnden Therapeuten erklärt.

Bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können! (Zureifendes bitte ankreuzen.)

1. Wurden bei Ihnen bereits ein ästhetischer Eingriff (Füller, Fäden, Botox etc.) durchgeführt?
Wenn ja, mit welchen Produkten? _____ ja Nein

2. Gab es während oder nach der Behandlung Komplikationen?
Wenn ja, welche? _____ ja Nein

3. Bestehen bei Ihnen ...
• Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse)? ja Nein
• Infektionskrankheiten (Herpesinfektionen, Hepatitis, HIV)? ja Nein
• Hauterkrankungen (Psoriasis, Neurodermitis, Rosacea) ja Nein
• verstärkte Narbenbildung? ja Nein
• Pigmentstörungen? ja Nein
• Nerven-/Gentüelleiden (z. B. Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen)? ja Nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein,
z. B. Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (Marcumar®, Aspirin®),
Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Hormone (Cortison)?
Wenn ja, welche? _____ ja Nein

5. Leiden Sie unter Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems,
z. B. zu hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt? ja Nein

6. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen
auch ohne Verletzungen bzw. nach leichten Berührungen etc.? ja Nein

7. Sind bei Ihnen Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt
oder reagieren Sie überempfindlich auf Hyaluronsäure,
Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Medikamente,
bestimmte Nahrungsmittel, Plaster oder Polydioxanon? ja Nein

8. Liegt bei Ihnen eine Autoimmunkrankheit vor, z. B. Rheumä? ja Nein

9. Kam es schon einmal zu einer Thrombose oder Embolie (Schlaganfall)? ja Nein

10. Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? ja Nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Patientenname _____ Geb.-Datum _____

Unterschrift des Patienten _____ Datum _____