

Das Modell wurde mit JUVÉDERM®-Produkten behandelt.
Die Behandlungsergebnisse können bei den einzelnen Personen unterschiedlich ausfallen.

BEHANDLUNGSÜBERSICHT

und Einverständniserklärung für die Behandlung mit Juvéderm® Hyaluronfillern

Name _____

Adresse

Telefonnummer

Mobiltelefon

E-Mail

Geburtsdatum

Seite 1/4



Dieses Formular darf nur in Zusammenhang mit Juvéderm® Hyaluronfillern verwendet werden.

ABLAUF UND ZIEL

Sie haben sich für eine Behandlung mit Juvéderm® Hyaluronfillern entschieden. Sie sollten vor der Behandlung über das Vorgehen, mögliche Risiken und unerwünschte Wirkungen sowie eventuelle Nachbehandlungen informiert werden. Es dient Ihrer Sicherheit, dass Sie diese Einverständniserklärung vor der Behandlung, gegebenenfalls zusammen mit Ihrem Arzt, vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen und unterschreiben.

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHFOLGENDEN MEDIZINISCHEN FRAGEN.

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

J N

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen?

Ist bei Ihnen schon einmal eine schwere Allergie/Anaphylaxie aufgetreten?

J N

Autoimmunerkrankung oder Erkrankung des Immunsystems?

J N

Befinden Sie sich derzeit in medizinischer Behandlung? Falls ja, bitte genauer angeben:

J N

Hautinfektionen oder Hautentzündungen (z.B. Herpes/Fieberbläschen, Akne usw.)

Nehmen Sie zurzeit Steroide, Aspirin, Antikoagulantien (z.B. Warfarin usw.) oder Medikamente ein, die den Leberstoffwechsel reduzieren oder hemmen?

J N

Akutem rheumatischem Fieber oder rezidivierenden Halsschmerzen?

Haben Sie schon einmal eine Schönheitsbehandlung erhalten (z.B. Laser, Peelings, Dermabrasion etc.)? Falls ja, bitte genauer angeben:

J N

Nicht behandelte Epilepsie?

Hypertrophe Narbenbildung?

Porphyrie?

Allergie gegen Hyaluronsäure, Anästhetika vom Amidtyp oder Lidocain?

Erregungsleitungsstörungen?
Falls ja, bitte genauer angeben:

Haben Sie schon einmal eine Behandlung mit resorbierbaren Hyaluronfillern, semipermanenten / permanenten Hyaluronfillern oder Botulinumtoxin erhalten?

J N

Rauchen Sie?
Falls ja, wie viel pro Tag?

J N

Falls ja, welche Behandlung haben Sie erhalten und welche Körperebereiche wurden behandelt:

Traten in Zusammenhang mit der Behandlung unerwünschte Wirkungen auf?
Falls ja, bitte genauer angeben:

J N

Falls nein, haben Sie früher einmal geraucht?

J N

Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

Trinken Sie Alkohol?
Falls ja, wie viel pro Woche?

J N

ERKLÄRUNG

Sollten Sie zu den vorangegangenen Punkten Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt. Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet haben, stellt Ihnen Ihr Arzt unter Umständen weitergehende Fragen. Die Behandlung mit Juvéderm® Hyaluronfillern kann verweigert werden, falls der Arzt der Ansicht ist, dass sie nicht im Interesse Ihrer Gesundheit ist.

ICH BESTÄTIGE HIERMIT, FOLGENDE INFORMATIONEN ERHALTEN ZU HABEN:

Juvéderm® Hyaluronfiller bestehen aus einem nicht tierischen, transparenten Gel auf Hyaluronsäure-Basis. Sie sind indiziert für das Auffüllen von oberflächlichen, mitteltiefen bis tiefen Falten, die Gesichtsmodulation, Hydratation und/oder Verbesserung der Hautqualitätsmerkmale (Feuchtigkeit, Elastizität). Aufgrund der Zusammensetzung kann die Wirkung einer Behandlung mit Juvéderm® Hyaluronfillern von 9 bis zu 24 Monate anhalten. Die exakte Wirkungsdauer je Produkt ist nichtsdestotrotz abhängig vom Hauttyp, von den behandelten Gesichtspartien, der injizierten Produktmenge, der Injektionstechnik und dem jeweiligen Lebensstil. Beispielsweise kann häufiges Sonnenbaden oder Rauchen die Wirkungsdauer reduzieren. Zur Erhöhung der Wirkung und Maximierung des Ergebnisses kann eine Auffrischungsbehandlung einige Wochen nach der Erstbehandlung empfehlenswert sein. Alle Juvéderm® Hyaluronfiller enthalten 0,3% Lidocain (lokales Anästhetikum), welches bei einer Dopingkontrolle zu einem positiven Ergebnis führen kann. Die gemeinsame Verwendung von Medikamenten, die den Leberstoffwechsel verlangsamen oder hemmen (Cimetidin, Beta-Blocker, usw.) und Juvéderm® Hyaluronfillern wird nicht empfohlen.

Folgende unerwünschte Wirkungen können auftreten:

Entzündungsreaktionen (Rötungen, Ödeme, Erytheme usw.), nach der Injektion verbunden mit Jucken und/oder schmerzhafter Druckempfindlichkeit und/oder Parästhesie (bis zu einer Woche); Hämatome; Verhärtung oder Knoten an der Einstichstelle. In sehr seltenen Fällen wurde von einer Verfärbung oder Aufhellung

im Injektionsbereich berichtet. Geringe Wirkung oder geringe Auffüllwirkung. Seltene, jedoch schwerwiegende unerwünschte Ereignisse von denen berichtet wurde sind: temporäre oder permanente Sehbehinderung, Blindheit, zerebrale Ischämie oder Hirnblutung oder Schlaganfall. Nach der Injektion von Hyaluronsäure und/oder Lidocain wurde in seltenen Fällen auch von Nekrose (Zelltod), Abszessen (Eiterbildung), Granulomen (z. B. Fremdkörperreaktion) sowie unmittelbarer oder verzögter Hypersensibilität (allergische Reaktionen) berichtet. Wenn die zuvor genannten Symptome länger als 2 bis 3 Tage anhalten oder nach der Behandlung andere Symptome auftreten, kontaktieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt. Falls Sie innerhalb von 24 Stunden nach der Behandlung starke Schmerzen empfinden oder eine Entfärbung der Haut an der Einstichstelle beobachten (Weißfärbung/Ausbleichen), wenden Sie sich bitte sofort an Ihren Arzt.

Folgende Hinweise sind nach der Behandlung zu beachten:

Vermeiden Sie für einen Zeitraum von bis zu 12 Stunden nach der Behandlung extreme Gesichtsausdrücke, Alkoholkonsum und das Auftragen von Make-up. Vermeiden Sie für einen Zeitraum von 2 Wochen nach der Behandlung jede immense Einwirkung von Sonnen- oder UV-Licht und Temperaturen unter 0° C sowie den Besuch einer Sauna oder eines Dampfbads. Für bis zu 24 Stunden sollten Überanstrengung oder sportliche Betätigung sowie Massagen der behandelten Hautbereiche ebenfalls vermieden werden. Versuchen Sie, mit erhöht gelagertem Kopf zu schlafen und vermeiden Sie für ein bis zwei Tage das Liegen auf der Injektionsstelle.

Ich (Name)

bestätige hiermit, dass ich umfassend über die Behandlung, Indikationen, Kontraindikationen (spezifische Situationen, in denen Juvéderm® Hyaluronfiller nicht angewendet werden sollten) und mögliche unerwünschte Wirkungen der Juvéderm® Hyaluronfiller aufgeklärt worden bin, alles gelesen und verstanden habe. In bestimmten Situationen, die aus meiner medizinischen Vorgeschichte hervorgehen, sollten Juvéderm® Hyaluronfiller nicht angewendet werden. Ich habe alle Fragen zu meinen bisherigen medizinischen sowie ästhetischen Behandlungen genau und wahrhaftig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Mir wurde Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen und ich bin mit den erhaltenen Antworten zufrieden. Ich unterziehe mich dieser Behandlung mit Juvéderm® Hyaluronfillern freiwillig und bestätige, dass mir genügend Bedenkzeit eingeräumt wurde und ich nicht dazu gezwungen worden bin. Falls nach der Behandlung mögliche unerwünschte Wirkungen auftreten sollten, bestätige ich hiermit, dass ich umgehend meinen behandelnden Arzt kontaktiere.

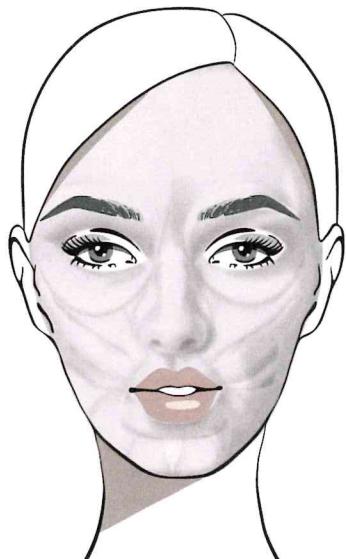
Datum



Unterschrift Patientin/Patient

Stempel Arztpraxis

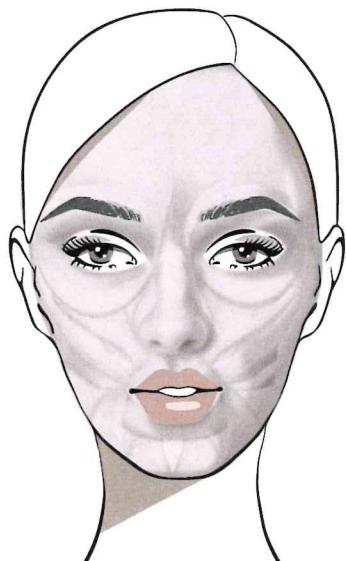
Unterschrift Ärztin/Arzt



Chargennummer: _____

Datum: _____

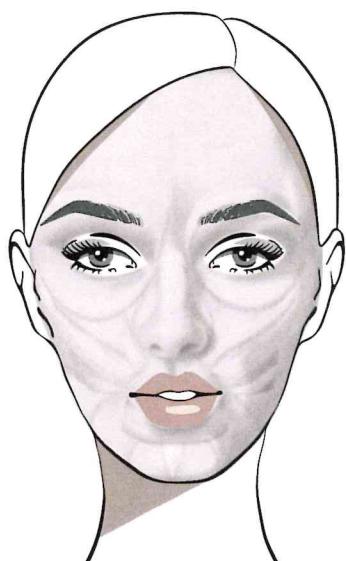
Anmerkungen: _____



Chargennummer: _____

Datum: _____

Anmerkungen: _____



Chargennummer: _____

Datum: _____

Anmerkungen: _____

