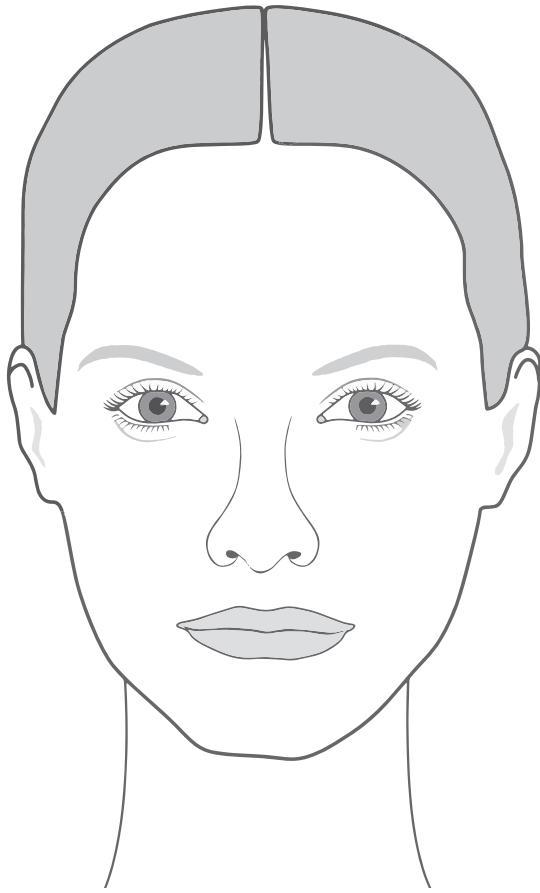


## Aufklärungsgespräch



Vermerke der Ärztin/des Arztes:

(Arztname)

zum Aufklärungsgespräch mit:

(Patientenname)

Vorgesehener Behandlungsbeginn:

(Datum)

## Aufklärung und Einwilligung

- Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden und werde den Verhaltenshinweisen Folge leisten.
- Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Im Aufklärungsgespräch wurde ich von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt insbesondere über Wirkung, Nebenwirkungen, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden aufgeklärt. Sie/Er hat mir alle offenen Fragen ausreichend beantwortet.
- Ich habe meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige in die Behandlung mit Botulinumtoxin Typ A, Hyalursäure, Radiesse, etc. ein
- Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte Ergebnis mittels ärztlicher Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden kann.
- Mir ist bekannt, dass ich vor der Behandlung ohne Angabe von Gründen diese Einverständniserklärung widerrufen kann.
- Ich bestätige, dass ich über 18 Jahre alt bin.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Ärztin/Arzt

### Dr. Tanja Brächer-Radecker

DMD, Zahnärztin, staatlich geprüfte Heilpraktikerin

Ludwigstraße 9

61169 Friedberg/Hessen

Tel.: 06031 5234

Fax: 06031 5134

info@faltenunterspritzung-friedberg.de

www.faltenunterspritzung-friedberg.de

# Facexpressions

Praxis für ästhetische Gesichtskorrektur

[www.faltenunterspritzung-friedberg.de](http://www.faltenunterspritzung-friedberg.de)



## Patientenangaben

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Vor- und Nachname Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter		Geburtsdatum
Straße/Hausnr.	PLZ	Ort
Telefon	Handy	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber	Ort des Arbeitgebers
Krankenkasse / Bei privat Versicherten: Name der Versicherung		

## Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 Sie haben die Patientenaufklärung aufmerksam durchgelesen, die Sie nun zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen ehrlich und sorgfältig auszufüllen, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Diese Auskunft verwahren wir sicher in unseren Unterlagen. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen benötigen, sprechen Sie uns gern an.

Vorerkrankungen und derzeitige/frühere Behandlungen

- Hatten Sie bereits eine Botulinumtoxin Typ A , Hyaluron-Filler, etc?  
 Nein  Ja  
 Gab es dabei Komplikationen?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie sich schon einmal einer Dermabrasion (Hautabschleifen), Bestrahlung oder einem Chemical Peel unterzogen?  
 Nein  Ja  
 Gab es dabei Komplikationen?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen oder nahmen Sie bis vor kurzem Medikamente ein?  
 Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Aspirin®)  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Oder sonstige: \_\_\_\_\_
- Liegt bei Ihnen eine Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt) vor?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Liegt bei Ihnen eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit vor?  
 z.B. Heuschnupfen, Asthma; Überempfindlichkeit z.B. bei kollagenhaltigen Produkten, Lidocain, Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche/wogegen? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen (z.B. nach leichter Berührung) oder Gerinnungsstörungen?  
 Nein  Ja

- Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit unter Schluckstörungen?  
 Nein  Ja
- Liegt bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine Erbkrankheit (z.B. angeborene Muskelschwäche, Myasthenie etc.) vor?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Liegt bei Ihnen eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit vor?  
 z.B. Heuschnupfen, Asthma; Überempfindlichkeit z.B. bei kollagenhaltigen Produkten, Lidocain, Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche/wogegen? \_\_\_\_\_
- Falls Sie einen Allergieausweis besitzen, bitte vorlegen.

- Wurden in Ihrem Gesichtsbereich bereits Operationen durchgeführt?  
 Nein  Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Laser?  Nein  Ja
- Lifting?  Nein  Ja

- Zusätzlich für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  
 Nein  Ja  
 Stillen Sie?  
 Nein  Ja

Auf diese Praxis wurde ich aufmerksam durch:

- Google
- pers. Empfehlung von:
- Website
- Jameda
- Sonstige:

Haben Sie einen Gutscheincode? \_\_\_\_\_  
 Hätten Sie gerne zusätzliches, schriftliches Informationsmaterial?  Nein  Ja

Preis:  
 Injektionspunkte/Einheiten:  
 Anmerkungen zur Behandlung:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

