

Hauttexturverbesserung mit der ELOS-Technologie

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin/Kundin, sehr geehrter Patient/Kunde,

Sie haben den Wunsch in bestimmten Hautbezirken farbige, gutartige Hautunreinheiten wie Pigmentverschiebungen, Altersflecken, oberflächliche rote Hautveränderungen, rote Äderchen etc. die Sie als störend empfinden entfernen zu lassen oder eine leichte Straffung der Hautoberfläche mit der Reduzierung von leichten Fältchen zu erhalten.

Die Behandlung **durch Radiofrequenz und Lichtenergie in einem Puls (ELOS-Technologie)** im **e-max** SR ist eine anerkannte und komplikationsarme Methode.

Mit der ELOS-Technologie (Electrical-Optical-Synergy) können gezielt kleine Regionen, aber auch größere Areale behandelt werden. Grundsätzlich sind immer mehrere Behandlungen notwendig.

In Betracht kommt vor allem eine Hauttexturverbesserung

- im **Gesicht**
 - am **Hals**
 - am **Dekolleté**
 - an den **Händen**
 - an den **Armen**
 - an den **Beinen.**
-

Die Behandlung

ist schmerzarm; auf eine Anästhesie (örtliche Betäubung) kann in aller Regel verzichtet werden. Die ELOS-Technologie wärmt mit dem gepulsten Licht das Hämoglobin in den Kapillar-Gefäßen leicht an und reduziert damit die Impedanz in der obersten Schicht des Bindegewebes und stimuliert dann das körpereigene Kollagen ausschließlich mit dem Radio-Frequenz-Strom. Damit ergeben sich Hautstraffungseffekte und eine großporige Haut bekommt wieder eine feine Struktur. Zusätzlich werden die bräunlichen und rötlichen Farbveränderungen entfernt.

Je nach Körperregion und Läsion sind immer mehrere Behandlungen in bestimmten Zeitabständen erforderlich, um die gewünschte Verbesserung zu erzielen.

Bei der Behandlung verspüren Sie in der Regel ein leichtes, warmes Kribbeln. Was mitunter auch unangenehm werden kann.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es in seltenen Fällen zu **Pigmentverschiebungen** der Haut kommen, d. h. die behandelten Hautareale können sich – meist nur vorübergehend – **hell oder dunkel** verfärben. Je mehr Pigment in der Haut ist (dunkler Hauttyp oder auch Sonnenbräune), um so eher kann es zu einer Pigmentverschiebung kommen. Der Bereich der Pigmentverschiebung kann die rechteckige Form des Behandlungsfeldes abbilden. Äußerst selten, jedoch im Extremfall möglich sind, stärkere Rötungen oder Blase- bis hin zur Narbenbildung im behandelten Bereich.

Behandlungserfolg

Die Erfolgsaussichten richten sich grundsätzlich nach der Tiefe der Hautläsionen.

Wie viele Behandlungssitzungen nötig sind, bestimmt die Hautfarbe, Hautdicke sowie die Empfindlichkeit Ihrer Haut.

Eine Garantie auf vollständige und dauerhafte Beseitigung kann mit absoluter Sicherheit leider nicht gegeben werden.

Bitte unbedingt beachten!

Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Vor der Behandlung

um die Gefahr einer Pigmentverschiebung zu minimieren, sollte eine übermäßige UV-Bestrahlung (Solarium/Sonnenbaden) für vier Wochen vor der Behandlung vermieden oder eine Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor 25 oder höher verwendet werden.

Vor der ELOS-Therapie soll die zu behandelnde Hautfläche frei von jeglicher Kosmetika sein und sehr gut mit einer milden Reinigungslotion gereinigt sein. Wir werden dies mit Ihnen näher besprechen.

Während der Behandlung

werden Sie eine Schutzbrille tragen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen aber dringend, während der gesamten Behandlung die Augen fest geschlossen zu halten. Sollte irgend etwas stören, so melden Sie sich bitte laut und deutlich, lassen aber die Augen weiterhin geschlossen, bis der behandelnde Arzt eine andere Anweisung gibt. Die zu behandelnden Stellen werden mit einem speziellen Gel dünn bestrichen.

Nach der Behandlung

kommt es in wenigen Fällen zu einer mehr oder weniger starken Rötung der behandelten Areale. Pigmentierte Läsionen müssen dunkler werden als vor der Behandlung, denn das spricht für den Behandlungserfolg. Eine übermäßige UV-Bestrahlung sollte für vier Wochen nach der Behandlung vermieden oder eine Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor 25 oder höher verwendet werden.

Nach der Behandlung bitte die behandelte Region nur mit einer pH-neutralen Seife oder Duschgel waschen.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser Vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie Medikamente ein?
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar) Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z. B. Johanniskraut, Accutane, Psoralen)
oder: _____ ja nein
2. Sind Sie am Herz/Kreislauf-System erkrankt? (z. B. hoher Blutdruck)
oder: _____ ja nein
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ja nein
4. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung
bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? ja nein
5. Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder andere Unverträglichkeiten bekannt?
oder: _____ ja nein
6. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierungen? ja nein
7. Haben Sie häufig Infektionen (z. B. Herpes)? ja nein
8. Leiden Sie unter verstärkter Lichtempfindlichkeit? ja nein
9. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung? ja nein
10. Leiden Sie unter Neurodermitis? ja nein
11. Haben Sie Diabetes? ja nein
12. Rauchen Sie? ja nein
13. Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Solarium oder stärkerer UV-Strahlung
ausgesetzt? ja nein
14. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Selbstbräuner verwendet oder wurden Peelings
bei Ihnen durchgeführt (z. B. Dermabrasion, Fruchtsäure) ja nein
15. Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Aufklärungsgespräch/ Einwilligung

Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und unterschreiben!

- Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle für mich wichtigen Fragen stellen. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.
Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den Info-Teil habe ich zum Mitnehmen erhalten.

Im Aufklärungsgespräch mit Frau / Herrn _____
Beraterin

wurden unter anderem erörtert: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe, Verhaltenshinweise sowie:

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet:

Vorgesehener Behandlungstermin (Datum): _____
Ich benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist. Mit ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Erklärung über die Einwilligung

Nach gründlicher Überlegung wünsche ich die Behandlung mit der ELOS-Technologie an folgenden Körperstellen:

- Im Gesicht
 am Hals
 am Dekolleté
 an den Händen
 an den Armen
 andere: _____

(ggf. bezeichnen)

Ich bin bereit, die Behandlung selbst zu bezahlen und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ich von anderer Seite eine Kostenerstattung erhalte.

Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient/Sorgeberechtigte*

Kosmetikerin/MPA

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.