

Kunden/Patientenaufklärungsbogen

Behandlung mit dem eMatrix/Sublime

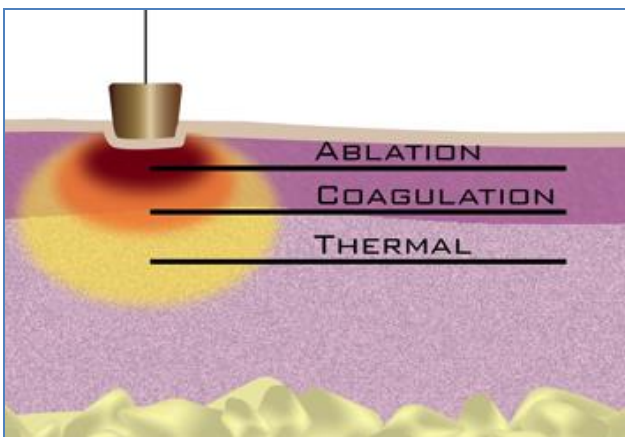
Name des Kunden/Patienten: _____

Vorgesehene Behandlung: _____

Das Gerät eTwo von Syneron vereint eMatrix (fraktioniertem RF Strom) und Sublime (Radiofrequenz und Infrarot) und stellt Ihnen eine äusserst wirkungsvolle Behandlungsmethode zur Verfügung. Schon nach wenigen Einsätzen (3-5 mal in 4-6 Wochen Abständen) erreichen Sie gut sichtbare, verblüffende und lang anhaltende Resultate. Ohne Down-time, geringen Schmerzen und ganzjährig einsetzbar. Die Epidermis, die Oberhautschicht, wird nur minimal beeinträchtigt, da sich die Energie erst in der Tiefe ausbreitet. Gezielter als mit jeder anderen Methode wird die Haut effizient gestrafft und die Oberfläche geglättet. Wir setzen je nach Hautbefund eMatrix oder Sublime oder sogar beide Verfahren in einer Behandlung ein.

eMatrix

Unter sublativer Rejuvenation versteht man eine neue, sehr schonende Methode mit Tiefenwirkung insbesondere zur Verringerung von Falten, (Akne-)Narben und Hauterschläffungen: Bi-polare Radiofrequenz, also Strom, kein Laser, wird über eine Anzahl kleiner Tips auf die Haut abgegeben.



Die Ablation entspricht hierbei einem fractional Skinresurfacing. In der Koagulationszone werden Proteine denaturiert. Es kommt zu einem Kollagenshrinking mit der Folge einer Hautstraffung. Die Erhitzung als letzter Effekt kann bis zu 6mm in die Haut einwirken und stimuliert die Kollagenneosynthese.

Indikationen:

- Milde/moderate Falten
- Aknenarben
- Hautstraffung
- Striae
- Texturverbesserung
- Hyperpigmentierungen bei dunkler Haut

Ablauf der Behandlung:

Bei empfindlichen Personen wird eine halbe Stunde vorher eine anästhetische Creme aufgetragen. Nach gründlicher Reinigung der Haut werden mit 30% Überlappung Schüsse auf die Haut abgegeben. Das Handstück wird hierbei immer wieder mit Alkohol gereinigt und dann mit einer Gaze getrocknet (bei dem 144-pin tip alle 5 Schüsse).

Nach der Behandlung:

Nach der Behandlung werden kühlende Kompressen oder Thermalwasser und Hyaluronsäure appliziert. 24-72 Stunden nach der Behandlung bilden sich kleine (1mm) Krüstchen, die nicht durch Kratzen oder Peelings entfernt werden dürfen. Für die ersten Tage nach der Behandlung dürfen nur speziell empfohlene Produkte angewandt werden. Sie werden hierzu beraten.

Alles, was die Haut reizen kann, sollte vermieden werden: Heisse Bäder, Massagen, reibende Kleidungsstücke etc. Die Haut soll sauber gehalten werden. Duschen ist kein Problem, aber ohne Seife auf den Behandlungsarealen. Make up kann nach 24std aufgetragen werden.

Nach der Behandlung ist darauf zu achten, dass Sie unbedingt Sonnenschutz mind. 30 SPF für 4 Wochen tagsüber verwenden. Wir nehmen keinerlei Haftung wenn nach der Behandlung Pigmentflecken entstehen.

Sublime

Bei Hauterschlaffung wird Sublime vorgängig vor eMatrix oder auch nur alleine eingesetzt. Die kombinierte bipolare Radiofrequenz und Lichtenergie (Infrarot) dieser Technologie erwärmen das Hautgewebe präzise und stimulieren dadurch die Collagenproduktion.

Die Gesamtzahl der erforderlichen Behandlungssitzungen hängt vom Zustand Ihrer Haut ab. (1-5 Behandlungen im Abstand von 4-6 Wochen)

Indikationen

- Milde/moderate Falten
- Hautstraffung
- Hauterschlaffung
- Cellulite

Ablauf der Behandlung:

Nach gründlicher Reinigung der Haut, wird Gel auf die zu behandelte Partie aufgetragen und mit 50% Überlappung mit dem Handstück Pulse auf die Haut abgegeben. Es wird sequenziell gearbeitet, da eine Wärmeakkumulation wichtig ist. Je nach Schmerztoleranz kann es zu einem starken Hitzegefühl kommen.

Nach der Behandlung:

Nach der Behandlung werden kühlende Kompressen oder Thermalwasser appliziert.. Für die ersten Tage nach der Behandlung sollten Sie die Haut nicht zu sehr reizen,

Nach der Behandlung ist darauf zu achten, dass Sie unbedingt Sonnenschutz mind. 30 SPF für 4 Wochen tagsüber verwenden. Wir nehmen keinerlei Haftung wenn nach der Behandlung Pigmentflecken entstehen.

Einverständniserklärung für die Behandlung mit eTwo

Name des Patienten: _____

Vorgesehene Behandlung Bereich _____

Das Behandlungsprotokoll wird für Sie individuell festgelegt:

Behandlung mit eMatrix/Sublime oder beides:

Sie benötigen voraussichtlich _____ Sitzungen zu je CHF _____

1. Aufklärung über die Art des Eingriffs

Am _____ wurde ich in einem persönlichen Gespräch mit _____ über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs in mir verständlicher Weise aufgeklärt. Über das erforderliche Verhalten sowie den notwendigen **Sonnenschutz** vor und nach dieser Behandlung wurde ich eingehend unterrichtet und auf mögliche Komplikationen und Risiken in der Zeit nach der Behandlung hingewiesen. Hierbei kam meine persönliche Situation ausreichend zur Sprache. Das Merkblatt „Patienteninformation, Einverständniserklärung und Erklärung“ habe ich ebenfalls erhalten, gelesen und verstanden.

Eine gründliche Untersuchung des zu behandelnden Bereiches seitens des Spezialisten wurde vorgenommen. Alle Hinweise verstanden.

Selbst bei artgerechter Durchführung der Therapie bestehen gewisse Risiken, die im Folgenden aufgelistet werden:

- Schmerzen
- Übermässige Hautrötung (Erythem) bzw. Schwellung (Ödem)
- Pigmentstörungen (Hyper- und Hypopigmentierungen)
- Narbenbildung
- Wundinfektion
- Rezidive (Widerauftreten des behandelten Merkmals)
- Die Wundheilung kann auch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen

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.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nehmen Sie Medikamente ein?
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar) Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z. B. Johanniskraut, Accutane, Psoralen) Kortison, Isotretinoid, Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie am Herz/Kreislauf-System erkrankt? (z. B. hoher Blutdruck, Herzrhythmusstörung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder andere Unverträglichkeiten bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie häufig Infektionen (z. B. Herpes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung (Keloiden) oder anormaler Wundheilung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie unter Neurodermitis, Ekzemen oder Schuppenflechte im Behandlungsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Waren Sie in den letzten 3-4 Wochen im Solarium oder stärkerer UV-Strahlung ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wurden in den letzten 2 Wochen Peelings bei Ihnen durchgeführt (z.B Dermabrasion, Fruchtsäure, Isotretinoin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektrische Implantate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie im Behandlungsbereich Implantate oder Metallplatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie bestehende oder frühere Hautkrebserkrankungen sowie alle anderen bestehenden Krebserkrankungen oder prä-maligne Leberflecke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hatten Sie ein Facelift, chirurgischen Eingriff oder Lidkorrektur? (Wartezeit frühestens nach 6 Monaten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Haben Sie Tätowierungen oder Permanent-Makeup? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hatten Sie in den letzten 5 Tagen eine Botox-Injektion? (Wartezeit 1 Woche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine Hyaluronsäure, Kollagen, Silikon Augmentation? (Wartezeit 2 Wochen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Möchten Sie in den kommenden zwei Wochen eine Behandlung mit Botox oder Hyaluronsäure, Kollagen, Silikon Augmentation unterziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sind Sie in den kommenden Wochen vermehrt der Sonne ausgesetzt oder gehen Sie ins Solarium? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Erklärung

Mir ist bewusst, dass eine Erfolgsgarantie nicht mit letzter Sicherheit gegeben werden kann. Dennoch erkläre ich mich mit der Durchführung der oben näher bezeichneten Maßnahme nach Art, Umfang und Methode einverstanden.

Ich bestätige, dass ich in der gesetzlichen Krankenkasse versichert bin und erkläre ausdrücklich, dass ich eine Privatbehandlung verlange. Die Kosten solcher Behandlungen werden meistens von den Krankenkassen nicht übernommen.

Nachpflege wie Thermalspray, Hautpflegesalbe, Sonnenschutz und ggf. Feuchtigkeitsserum wird nach der Behandlung separat abgerechnet.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken und habe keine weiteren Fragen mehr, nachdem die von mir gestellten, vollständig und auch für den Laien verständlich, beantwortet wurden.

_____,den_____

(Unterschrift des Patienten oder
dessen Erziehungsberechtigte

(Unterschrift Kosmetikerin/Arzt)