

## Einverständniserklärung Gemäß NiSV §3 und Anlage 2

### Kundendaten:

Herr                       Frau

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anlagedatum: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen / medizinische Daten:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme         | <input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Operation  | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung       | <input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Verletzung | <input type="checkbox"/> Psoriasis              |
| <input type="checkbox"/> Epileptiker               | <input type="checkbox"/> Medizinische Liftings        | <input type="checkbox"/> Diabetiker             |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher         | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Metallimplantate       |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis             | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen            | <input type="checkbox"/> Asthma                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Vorerkrankungen: | <input type="checkbox"/> Allergien:                   |   |

### Medikamenteneinnahme:

- Blutverdünnungsmittel  
 Anti-Akne Medikamente  
 Sonstige:

**Sonstige Anmerkungen:**

### Behandlungsplan gemäß NiSV Anlage 2 auf Basis der individuellen Kundensituation:

Kosmetische Anwendung(en): \_\_\_\_\_

Turnus der Anwendungen: \_\_\_\_\_

Anzahl der empfohlenen Anwendungen: \_\_\_\_\_

Behandlungsprogramm(e): \_\_\_\_\_

### Durchführung der Aufklärung des Kunden gemäß NiSV §3 Punkt 6

- Aufklärung über Anwendung und Wirkung durchgeführt  
 Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen durchgeführt  
 Individuelle Kundensituation festgestellt, die zur Festlegung der Behandlungsparameter führt  
 Aufklärung über die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen fachärztlichen Abklärung durchgeführt

### Bestätigung der Aufklärung durch den Kunden und Einverständniserklärung zur Behandlung:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Kunde)