

Jennifer Schweizer

Traumfigur Behandlung
Einverständniserklärung und Gesundheitsfragen

| | |
|---|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse | |
| PLZ/Wohnort | |
| Telefon | |
| Mail | |
| Ich wurde aufmerksam auf diese Behandlung durch: | |

Sie haben sich für eine Behandlung mit einem Kavitation und Radiofrequenz mit Kaltlaser und Lymphdrainage entschlossen. Die Behandlung stellt derzeit den modernsten Stand in der Entfernung von unerwünschtem Fett, der Hautstraffung, und Kollagenanregung dar. Ihre

Behandlung wird von besonders geschulten Spezialisten vorgenommen.

Aus juristischen Gründen müssen Sie über folgende Punkte informiert sein.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

| Bitte zutreffendes ankreuzen: | | JA | NEIN |
|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Nehmen Sie Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Wenn ja, werden Sie diese Mittel vor der Behandlung absetzen und während der gesamten Behandlung nicht einnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Nehmen Sie Blutverdünner ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Tragen Sie elektronische Implantate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Tragen Sie metallische Implantate wie Piercing, Anker usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Leiden Sie an Epilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Leiden Sie an Diabetes mellitus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Bestehen bei Ihnen umfangreiche Venenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Haben Sie zur Zeit eine Pilzinfektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Haben Sie zur Zeit eine Herpes-Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Leiden Sie an einer Lebererkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Leiden Sie an einer Stoffwechsel-Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Möchten Sie auf körperliche Besonderheiten, oder sonstiges aufmerksam machen? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| 18 | Tragen Sie eine Spirale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Wenn Ja, ist es eine Hormonspirale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort / Datum _____

Unterschrift Kundin _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns physische- oder psychische Krankheiten vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.

| Weitere Angaben | | | |
|-----------------|--|----|------|
| 20 | Körpergröße in cm | | |
| 21 | Aktuelles Gewicht in kg | | |
| 22 | Wunschgewicht in 8 Wochen | | |
| 23 | Wunschgewicht in 6 Monaten | | |
| 24 | Alter in Jahren | | |
| | | JA | NEIN |
| 25 | Ich esse (fast) alles | | |
| 26 | Ich bin VegetarierIn | | |
| 27 | Ich bin VeganerIn | | |
| 28 | Ich habe folgende Unverträglichkeiten: | | |
| | | | |
| 29 | Ich ernähre mich komplett gesund | | |
| 30 | Ich ernähre mich gesund mit Ausnahmen | | |
| 31 | Ich ernähre mich ungesund und möchte Hilfe | | |
| | | | |
| 32 | Ich bin sehr sportlich 3-5x pro Woche Sport | | |
| 33 | Ich bin sportlich 2-4x pro Woche Sport | | |
| 34 | Ich bin wenig sportlich 1x pro Woche Sport | | |
| 35 | Ich bin unsportlich | | |
| | | | |
| 36 | Ich bin im Rahmen der Behandlung bereit mich auf 2-3 pro Woche Sport einzulassen | | |
| | | | |

Ort / Datum

Unterschrift Kundin

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns physische- oder psychische Krankheiten vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.

Für die CAV oder RF Behandlung wurden Sie von uns darauf hingewiesen, dass Sie einen Tag vor und zwei Tage nach der Behandlung auf den Verzehr von Kohlehydraten (kurzkettige) verzichten sollen. Dazu zählen u.a. Einfachzucker, Glukose, Saccharose, Laktose und Maltose (helles Brot, Kuchen, Süßigkeiten, Honig, Marmelade, Brötchen, Limonaden, Malzgetränken (Bier) etc. Auf Alkohol sollte, soweit wie möglich, verzichtet werden. Sie sollten täglich mindestens 2-3 Liter Wasser oder ungesüßten Tee trinken.

Es wird dringend davon abgeraten komplett auf Nahrung zu verzichten. Dies hat keinen Erfolg auf das Behandlungsergebnis und gefährdet die Gesundheit.

Sport und Bewegung wird während der Behandlung und auch für die Zeit nach der Behandlung, als fester Bestandteil in einem gesunden Alltag empfohlen.

Wer diese Komponenten nicht berücksichtigt kann nicht mit dem selben Erfolg rechnen.

Unmittelbar nach der Behandlung können kurzfristig Rötungen der Haut auftreten.

Die Erfolge werden mittels Fotos dokumentiert und festgehalten. Selbstverständlich werden diese Daten streng vertraulich behandelt. Muss auf Wunsch der Kundschaft auf diese Aufzeichnungen verzichtet werden, entfallen jegliche Ansprüche auf Reklamationen.

Für sie bereit gestellt wird bequeme Kleidung wie Shirt, Leggings, bequeme Hosen und warme Socken.

Bei nicht einhalten einer Behandlung oder 24stündiger Absage im Voraus, wird diese ersatzlos aus dem Abonnement gestrichen oder verrechnet. Wir bitten Sie freundlich die Zeit einzuhalten. Zu spätes Erscheinen, kann dazu führen, dass eine Behandlung ersatzlos gestrichen wird oder die Behandlung nicht vollständig durchgeführt werden kann.

Die notwendigen Behandlungsintervalle sollten möglichst genau eingehalten werden.

Eine Garantie für den zu erwartenden Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden.

Das vereinbarte Honorar ist in jedem Fall vor jeder Behandlung zur Zahlung fällig.

Wir danken für Ihr Verständnis.

Dieses Merkblatt habe ich aufmerksam gelesen und verstanden.

Mit der Behandlung bin ich einverstanden. Ich habe keine offenen Fragen.

Ort / Datum

Unterschrift Kundin

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns physische- oder psychische Krankheiten vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.