Praxis / Stempel

Anamnese und Einwilligung in eine Injektionsbehandlung

Angaben zur Kundin / zum Kunden

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon

Datum

PATIENTENKARTE / EINWILLIGUNG IN EINE ÄSTHETISCHE INJEKTIONSBEHANDLUNG

Absolute Gegenanzeigen für Injektionsbehandlungen

- Alter unter 18 Jahren — dieses Institut behandelt Minderjährige nicht zu ästhetischen Zwecken
- Schwangerschaft und Stillzeit
- Autoimmunerkrankungen (Hashimoto, rheumatoide Arthritis, Lupus, multiple Sklerose)
- Krebserkrankung (aktiv oder in Behandlung)
- Schlecht eingestellter Diabetes
- Akute Infektion, Fieber oder Erkältung
- Aktive Herpesbläschen oder entzündete bzw. Akne-Läsionen im Behandlungsareal
- Neigung zu Keloidbildung
- Gerinnungsstörungen oder blutverdünnende Medikamente
- Allergie gegen Hyaluronidase, Bienen- oder Wespengift, Hühnereiweiß oder Lidocain
- Immunsuppressiva (Ciclosporin, Methotrexat, Azathioprin)
- Rezidivierender Lippenherpes bei Behandlung der Lippen — antivirale Prophylaxe mit Aciclovir erforderlich
- Permanente Filler im Behandlungsareal (z. B. Aquamid)
- Zahnbehandlung in den letzten 14 Tagen
- Flugreise innerhalb von 72 Stunden nach der Behandlung
- Orale Retinoide (Isotretinoin) in den letzten sechs Monaten
- Neuromuskuläre Erkrankungen wie Myasthenia gravis (Botulinumtoxin)

Bitte beantworten Sie jede Frage mit JA oder NEIN. Verschwiegene Angaben können zu schweren Komplikationen führen, bis hin zu Gewebenekrose und Erblindung.

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Autoimmunerkrankung (Hashimoto, rheumatoide Arthritis, Lupus, MS)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie schlecht eingestellten Diabetes oder eine Krebserkrankung?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie derzeit eine Infektion, Fieber oder eine Erkältung?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie im Behandlungsareal aktive Herpesbläschen oder entzündete Läsionen?	☐ Ja	☐ Nein
Neigen Sie zu Keloiden oder hypertrophen Narben?	☐ Ja	☐ Nein

Haben Sie eine Gerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie allergisch gegen Hyaluronidase, Bienen- oder Wespengift, Hühnereiweiß oder Lidocain?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie permanente Filler im Behandlungsareal (z. B. Aquamid)?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Zahnbehandlung?	☐ Ja	☐ Nein
Fliegen Sie innerhalb von 72 Stunden nach dieser Behandlung?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Retinoide eingenommen (Isotretinoin, Tretinoin)?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie Immunsuppressiva ein (Ciclosporin, Methotrexat, Azathioprin)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie wiederkehrenden Herpes, insbesondere an den Lippen?	☐ Ja	☐ Nein
Wurden Sie bereits mit Botulinumtoxin behandelt?	☐ Ja	☐ Nein

Falls JA — wann zuletzt?

Hatten Sie jemals eine Komplikation nach einem Hyaluronsäure-Filler?	☐ Ja	☐ Nein

Alle regelmäßig eingenommenen Medikamente

☐ ALTER: Ich bestätige, dass ich volljährig bin und auf Verlangen einen amtlichen Lichtbildausweis vorgelegt habe. Mir ist bekannt, dass dieses Institut Minderjährige nicht zu ästhetischen Zwecken behandelt und dass eine Einwilligung der Eltern dies nicht ersetzt.

ARZTVORBEHALT UND VERSCHREIBUNGSPFLICHT: Botulinumtoxin ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Die Injektion von Botulinumtoxin und Fillern ist Ausübung der Heilkunde und darf nur durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen; das Präparat wird nach persönlicher Untersuchung individuell für Sie verordnet und darf nicht auf Vorrat für mehrere Personen verschrieben werden. Hyaluronidase, das Notfallmedikament bei einem Gefäßverschluss durch Hyaluronsäure, ist ebenfalls verschreibungspflichtig und muss vorgehalten werden. Filler sind Medizinprodukte nach der Verordnung (EU) 2017/745. Name und Erreichbarkeit der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, auch außerhalb der Sprechzeiten, wurden Ihnen mitgeteilt.

WICHTIGE WARNUNG: Ein Gefäßverschluss durch Filler kann zu GEWEBENEKROSE, ERBLINDUNG oder einem SCHLAGANFALL führen. Bei Verdacht auf einen Gefäßverschluss willige ich in die sofortige Notfallbehandlung ein; dazu gehören die Auflösung des Fillers mit Hyaluronidase durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, der Notruf 112 und der unverzügliche Transport in eine Notaufnahme oder Augenklinik. Mir ist bekannt, dass Hyaluronidase innerhalb von etwa vier Stunden verabreicht werden sollte und selbst allergische Reaktionen auslösen kann. Die Aufklärung erfolgte so rechtzeitig, dass ich meine Entscheidung wohlüberlegt treffen konnte (§ 630e Abs. 2 BGB). Eine feste Bedenkzeit ist nicht vorgeschrieben — nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 20.12.2022, VI ZR 375/21) darf ich mich auch sofort nach der Aufklärung entscheiden. Ich bestätige, dass ich zu keinem Zeitpunkt gedrängt wurde und dass ich nicht verpflichtet bin, mich heute behandeln zu lassen.

DATENSCHUTZHINWEIS — Verantwortlich ist _____, Anschrift: _____, USt-IdNr.: _____. Da wir Ihre Gesundheit kennen müssen, um sicher behandeln zu können, verarbeiten wir diese besonderen Kategorien personenbezogener Daten auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen und freiwilligen Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Ohne diese Einwilligung kann die Behandlung nicht stattfinden. Wird die Behandlung ärztlich erbracht, gilt zusätzlich die Dokumentationspflicht nach § 630f BGB mit einer Aufbewahrung von zehn Jahren. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie das Beschwerderecht bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten (Einwilligung und Anamnese)

Nachsorge und Notfallprotokoll

NACHSORGE UND NOTFALLPROTOKOLL — bitte aufmerksam lesen und jeden Punkt bestätigen. Werden diese Hinweise nicht befolgt, drohen dauerhafte Komplikationen und in seltenen Fällen ein medizinischer Notfall.

1. FÜR 24 STUNDEN: die Einstichstellen nicht berühren und nicht massieren, kein Make-up auftragen und das Areal nicht mit Seife waschen — nur mit einer milden Reinigung.

- [ ] Ich verstehe, dass ich das Areal 24 Stunden nicht berühren, massieren oder schminken darf

2. FÜR 48 STUNDEN: kein Alkohol (verstärkt Schwellung und Blutergüsse), kein intensiver Sport, keine Sauna und keine heißen Bäder.

- [ ] Ich verzichte 48 Stunden auf Alkohol und intensiven Sport

3. FÜR 14 TAGE: Sauna, Solarium, starke Kälte, Zahnbehandlungen, Gesichtsmassagen sowie Behandlungen mit Strom oder Ultraschall meiden.

- [ ] Ich meide 14 Tage Sauna, Solarium, starke Kälte und konkurrierende Behandlungen

4. BOTULINUMTOXIN (falls angewendet): vier Stunden nach der Behandlung nicht bücken und nicht flach hinlegen. 24 Stunden keinen intensiven Sport und keine Sauna. Die volle Wirkung entwickelt sich über 10 bis 14 Tage; eine Kontrolle wird üblicherweise nach zwei Wochen angeboten.

- [ ] Ich habe die Hinweise zu Botulinumtoxin verstanden (soweit zutreffend)

5. NOTFALLPROTOKOLL — GEFÄSSVERSCHLUSS: plötzliches ABBLASSEN oder eine livide, marmorierte oder blaugraue Verfärbung der Haut, starke oder zunehmende Schmerzen, die nicht zur Behandlung passen, sowie jede Sehstörung sind NOTFALLZEICHEN. Kontaktieren Sie SOFORT die Ihnen genannte Rufnummer der Praxis. Erreichen Sie uns nicht, wählen Sie die 112 oder fahren Sie unverzüglich in eine Notaufnahme, bei Sehstörungen in eine Augenklinik, und weisen Sie auf die Hyaluronsäure-Behandlung hin. Hyaluronidase sollte innerhalb von etwa vier Stunden verabreicht werden.

- [ ] Ich habe das Notfallprotokoll verstanden: abblassende Haut, starke Schmerzen oder Sehstörungen bedeuten sofortigen Kontakt zur Praxis, andernfalls 112 oder Notaufnahme
- [ ] *Ich willige aufgeklärt in die vorgeschlagene Behandlung ein; über Risiken, Nebenwirkungen, zu erwartendes Ergebnis und Alternativen einschließlich des Verzichts auf die Behandlung wurde ich aufgeklärt und meine Fragen wurden beantwortet*
- [ ] *Ich willige ausdrücklich und freiwillig in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten ein, damit meine Eignung beurteilt und die Behandlung sicher durchgeführt werden kann (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)*

HINWEIS: Wir melden uns nach der Behandlung, um den Heilungsverlauf zu erfragen und gegebenenfalls einen Kontrolltermin zu vereinbaren. Grundlage ist unser berechtigtes Interesse an Ihrer Sicherheit und an der Qualität unserer Leistung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO); eine Einwilligung ist dafür nicht erforderlich. Sie können dieser Kontaktaufnahme jederzeit widersprechen.

- [ ] *EINWILLIGUNG MARKETING: Ich willige freiwillig und unentgeltlich ein, dass _____ Fotos meiner Behandlung (ohne Abbildung meines Gesichts und ohne identifizierende Angaben) zu Werbezwecken auf den offiziellen Social-Media-Profilen (unter anderem Instagram und Facebook) sowie auf der Website verwendet und veröffentlicht. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.*

DATENSCHUTZHINWEIS — Verantwortlich ist _____, Anschrift: _____, USt-IdNr.: _____. Da wir Ihre Gesundheit kennen müssen, um sicher behandeln zu können, verarbeiten wir diese besonderen Kategorien personenbezogener Daten auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen und freiwilligen Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Ohne diese Einwilligung kann die Behandlung nicht stattfinden. Wird die Behandlung ärztlich erbracht, gilt zusätzlich die Dokumentationspflicht nach § 630f BGB mit einer Aufbewahrung von zehn Jahren. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie das Beschwerderecht bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten (Nachsorge, Notfallprotokoll und Datenschutz)