

---

# HINWEIS

---

Sehr geehrte SHR Germany Kunden,

bei dem Kundeninformationsblatt handelt es sich lediglich um eine Ablaufempfehlung für eine Behandlung an Ihren Kunden.

Die SHR Germany GmbH haftet nicht für den empfohlenen Inhalt bzw. für fehlende Inhalte. Ebenso haften wir nicht für jegliche Änderungen Ihrerseits an dem beigefügten Kundeninformationsblatt.

Als Anwender unterliegt es Ihrer eigenen Verantwortung Ihre Kunden über Risiken der Behandlung aufzuklären.

---

# KUNDENINFORMATION

---

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

wir bitten Sie folgende Informationen während Ihrer Behandlung zu beachten:

- Je nach Hautempfinden variiert das individuelle Empfinden während der Therapie. In den meisten Fällen wird das Gefühl mit einem Kribbeln gleichgesetzt. Durch die Temperaturentwicklung entsteht ebenso oft ein angenehmes Wärmeempfinden. Dies ist die Energie, die durch den Ultraschall entsteht. Ist eine Nähe zum Knochen gegeben, so ist ein leichtes Pieksen zu spüren.
- Abgesehen davon, dass die Haut nach der Behandlung ein wenig gerötet erscheinen kann, hat man hier den Vorteil, dass der Schutz der Haut erhalten bleibt. Direkt nach der Behandlung ist eine optische Verbesserung sichtbar. Dies entspricht nur 10-20 % des Endergebnisses. Das volle Endergebnis ist erst nach 3-6 Monaten sichtbar. Es entsteht eine nachweisliche Auffrischung und Straffung der tiefen Gewebsschichten unter der Haut. Kleine Fältchen können ganz verschwinden. Das Ergebnis hängt vom Zustand des Gewebes ab und ist variabel. Gewöhnlich reicht eine einmalige Behandlung aus. Diese kann alle zwei bis drei Jahre wiederholt werden, um den Straffungseffekt langfristig aufrecht zu erhalten.
- Direkt nach der Behandlung kann die Haut gerötet sein, diese verschwinden jedoch nach wenigen Stunden. Es ist nicht ungewöhnlich, dass nach der Behandlung für ein paar Tage leichte Schwellungen auftreten können. Auch kann die Haut berührungsempfindlich erscheinen, oder ein leichtes Prickeln zu verspüren sein. Selten kann es zu kleinen Nebenwirkungen wie z.B. kleinen blauen Flecken oder einem lokalen Taubheitsgefühl kommen.
- Bei jeder Behandlung wird vorab Ultraschallgel auf ihre Haut und zusätzlich auf die Kartusche aufgetragen.
- Haben Sie Hyaluron oder Botox, baut sich dieses nach einer Behandlung schneller ab als üblich.
- Das Handstück wird nie über die Augen, die T-Zone, die Lymphbahnen, den Kehlkopf, Krampfadern sowie Knochen bewegt. Des Weiteren darf nie mit derselben Kartusche auf dieselbe Hautpartie doppelt geschossen werden.

---

# KUNDENDATEN

---

Kunden Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

---

---

Straße / Haus - Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_

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

---

# FRAGEBOGEN

---

Sehr geehrter Kunde,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

## **Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen**

**(Bitte zutreffendes ankreuzen)**

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine ähnliche Behandlung durchgeführt?

Ja  Nein

2. Haben Sie bereits einen operativen Eingriff in der zu behandelnden Region durchführen lassen?

Ja  Nein

3. Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?

Ja  Nein

4. Nehmen Sie Antibiotika, Cortisonpräparate, entzündungshemmende Medikamente?

Ja  Nein

5. Sind bei Ihnen Störungen des Stoffwechsels oder wichtiger Organe bekannt?

z.B.: Gefäße, Leber, Nieren, Herz, Lunge, Schilddrüse, Nervensystem

Ja  Nein

6. Besteht eine Herz- oder Lungenerkrankung, wenn ja, welche?

Ja  Nein

7. Besteht eine Diabetes, die nicht unter Kontrolle ist?

Ja  Nein

8. Besteht momentan eine Entzündung im Körper?

Ja  Nein

9. Besteht oder bestand eine Krebserkrankung?

Ja  Nein

10. Besteht oder bestand eine Hepatitis oder HIV-Infektion?

Ja  Nein

11. Haben Sie starke Durchblutungsstörungen oder umfangreiche Venenleiden?

Ja  Nein

12. Leiden Sie an Hautkrankheiten?

Ja  Nein

13. Neigen Sie zu Rötungen, Schwellungen oder Nesselsucht?

Ja  Nein

14. Liegen bei Ihnen metallhaltige Implantate, Prothesen oder Zahnfüllungen vor?

Ja  Nein

15. Ist bei Ihnen eine Faltenunterspritzung mit Botox, Hyaluron oder Filler gemacht worden? Wenn ja, wo und wie lange liegt diese zurück?

Ja  Nein

16. Leiden Sie an einer anderen Erkrankung, die hier nicht aufgezählt worden ist?

Ja  Nein

17. Sind Sie zurzeit schwanger?

Ja  Nein

**Bemerkung**

---

---

---

**(Bitte zutreffendes ankreuzen)**

Liegen derzeit irgendwelche  
Allgemeinbeschwerden vor?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder waren Sie in der Vergangenheit davon betroffen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen, eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe für die Behandlung zu erhalten. Bei Herpes sollte die Behandlung nicht durchgeführt werden, da der Herpes sich durch die Behandlung auf andere Hautregionen ausbreiten kann.

Liegen bei Ihnen vor:

- Prothesen Ja  Nein
- Implantate (z.B. Silikon) Ja  Nein
- Zahnimplantate Ja  Nein

- Schwangerschaftsverhütende Implantate Ja  Nein
- Sonstige metallhaltige Implantate Ja  Nein   
(z.B. Schrauben, Platten)

Bemerkung

---

---

HIFU GERMANY

---

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen (Seite 1 – Seite 7) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlungen ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten der Stelle unverzüglich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, dem Berater jede Frage zur vorgeschlagenen Behandlung zu stellen.

## **BITTE BEACHTEN:**

Nach der Behandlung sollte die behandelte Haut mit einer Feuchtigkeitscreme gepflegt werden.

Bitte tragen Sie für den Zeitraum von einer Woche nach der Behandlung SUN BLOCKER (mindestens LSF 30) und vermeiden Sie Sonnenbäder.

Bitte vermeiden Sie Peelings und verzichten Sie auf Saunagänge für den Zeitraum von einer Woche nach der Behandlung.

---

Datum / Unterschrift Kunde



---

# KUNDENKARTEI

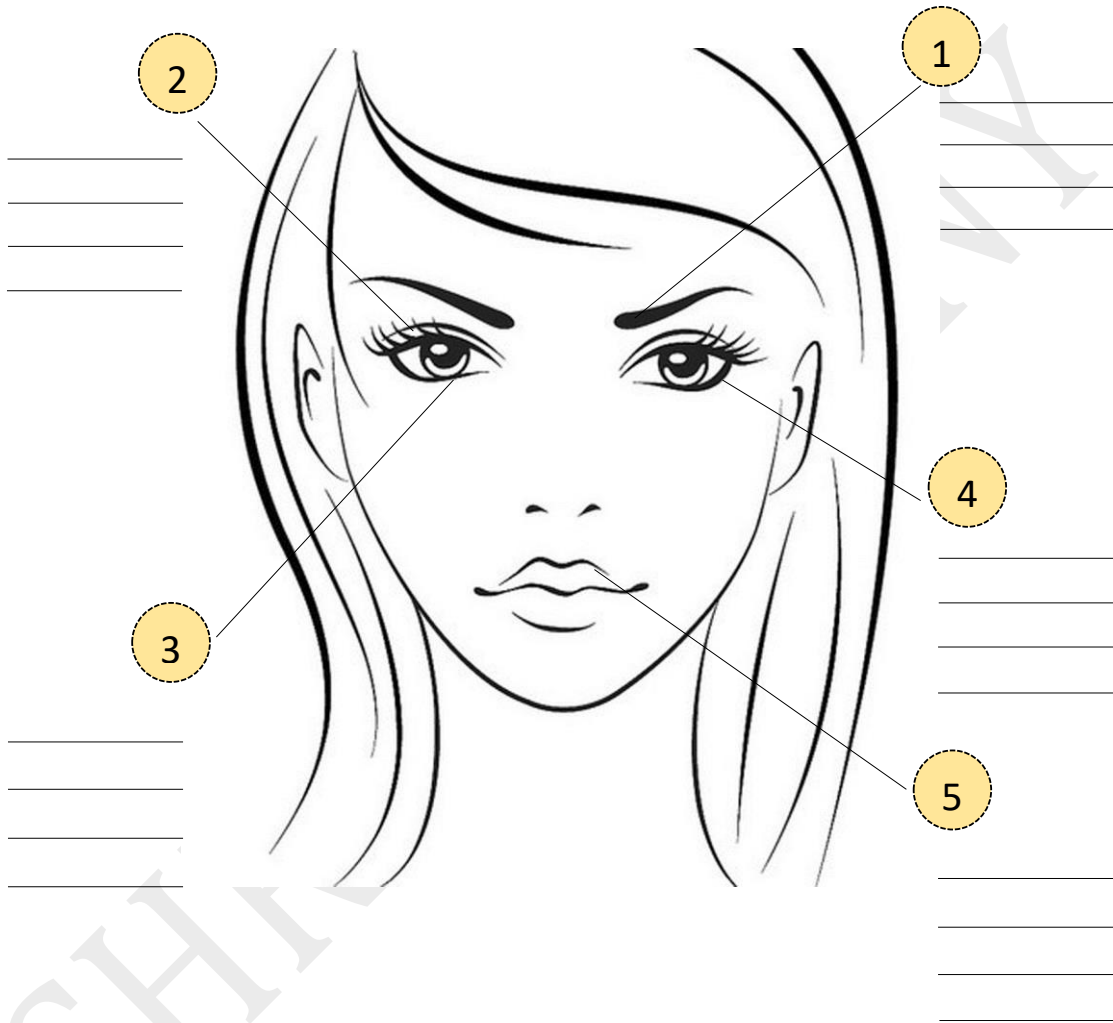
---



- DEKOLLETÉ
- ABDOMEN / BAUCH
- HÜFTE
- OBERARME

- OBERSCHENKEL
- ACHSEL
- WADE
- RÜCKEN

# KUNDENKARTEI



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (UNTERER) AUGENBEREICH | <input type="checkbox"/> AUGENBRAUEN/STIRN/SCHLÄFE  |
| <input type="checkbox"/> WANGEN                 | <input type="checkbox"/> HALS                       |
| <input type="checkbox"/> KINN/ DOPPELKINN       | <input type="checkbox"/> STIRN                      |
| <input type="checkbox"/> AUGENBEREICH           | <input type="checkbox"/> GESICHT                    |
| <input type="checkbox"/> HALS UND DEKOLLETE     | <input type="checkbox"/> GANZES GESICHT, KINN, HALS |
| <input type="checkbox"/> _____                  |   |

Diese Daten müssen immer pro Behandlungsregion ausgefüllt werden.

SHR GERMANY