



KUNDENAUFKLÄRUNGSBOGEN

IONTO ULTRASCHALLBEHANDLUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen Ihrer Aufklärung und Sicherheit, sowie der Individualisierung unserer Behandlungen, sodass wir entsprechend Ihren Bedürfnissen auf Ihren Hautzustand eingehen können.

WIE WIRKT DIE ULTRASCHALLBEHANDLUNG VON IONTO-COMED?

Die Behandlung nutzt die Energie des Ultraschalls für eine umfangreiche und gezielte Hautbildverbesserung. Sanft stimuliert der Schall auf drei unterschiedlichen Ebenen:

- Mikro-Gewebemassage
Wärmebehandlung
Einschleusen von Profi-Wirkstoffen

REGENERATION

Das Bindegewebe und seine kollagenen und elastischen Fasern bilden die stützende Struktur unserer Haut. Im Laufe der Zeit lässt die Kollagenproduktion jedoch nach, die vorhandenen Fasern verkleben.

Um das Gewebe zu regenerieren setzt die Ultraschallbehandlung genau dort an. Sie nutzt die Mikromassage, um hauteigene Anti-Aging-Prozesse anzuregen. Die Behandlung trifft das Bindegewebe, die Kollagenorganisation wird verbessert.

FÜR EIN FANTASTISCHES HAUTGEFÜHL

Profi-Seren werden eingeschleust. So können die Beauty-Helfer ihre Kraft gezielt und wirkungsvoll entfalten. Das Ergebnis: Rehydrierte, ideal versorgte Haut!

OPTIMAL UNTERSTÜTZT

Die tiefgreifende Ultraschall-Wärmebehandlung steigert die Durchblutung und den Lymphfluss der Haut. Die Versorgung der Haut mit Nährstoffen und Sauerstoff wird angekurbelt. So erhält die Haut neue Vitalität und einen klaren, strahlenden Teint!

IHRE ANGABEN

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Nr., PLZ, Wohnort, Telefon

WICHTIGE FRAGEN

PERSÖNLICHE GEWOHNHEITEN

Rauchen Sie?, Trinken Sie regelmäßig Tee?, Trinken Sie regelmäßig Kaffee?, Trinken Sie regelmäßig Alkohol?, Wie viel Liter/Gläser Wasser trinken Sie ca. pro Tag?, Treiben Sie regelmäßig Sport?

PFLIEGEWOHNHEITEN

Weiche Kosmetikprodukte verwenden Sie für die Pflege zu Hause?, Reinigung:, Tonic/Lotion:, Serum:, Tagespflege:, Nachtpflege:, Spezialprodukte:

GESUNDHEITZUSTAND

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?, Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Operation?

Bestehen Allergien?

Bei Allergiker-Haut kann es aufgrund einer höheren Empfindlichkeit zu Irritationen und/oder schnellerer Rötung (Erythembildung) der Haut während und nach der Behandlung kommen

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein (z.B. Vitamine/Mineralien)?

Machen Sie zur Zeit eine Diät?

HAUTZUSTAND

Bekommen Sie schnell Sonnenbrand?, Erröten Sie leicht?, Haben Sie regelmäßig folgende Veränderungen Ihrer Haut bemerkt: Schuppung, Brennen, Spannung, Juckreiz, starker Glanz

IHRE WÜNSCHE

Was stört Sie an Ihrer Haut im Gesicht/am Körper?, Was würden Sie an Ihrer Haut gerne ändern?

KONTRAINDIKATIONEN DER IONTO ULTRASCHALLBEHANDLUNG

Die IONTO Ultraschallbehandlung ist eine kosmetische Behandlung und darf daher von ausgebildeten Kosmetikern/innen nur an gesunden Menschen / gesunder Haut durchgeführt werden.

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Punkte an:

akutes Fieber, akute Entzündungen, akuter Herpes Simplex im Behandlungsgebiet, akuter Alkohol/Drogeneinfluss, Krebs, Verdacht auf maligne Tumore, Kreislautschwäche, implantierte Insulinpumpe, Herzrhythmusstörungen, Störungen der Blutgerinnung, bakterielle Infektionen, Hauterkrankungen und Hautinfektionen, Immunsuffizienz, Operationsnarben, Hautschädigungen im Behandlungsgebiet, BEI KÖRPERBEHANDLUNGEN, Schwangerschaft, akutes Gelenk rheuma, vor Kurzem durchgeführte Röntgentherapie, vor Kurzem durchgeführte Wirbelsäulenoperation, Gefäßerkrankungen, Körperbereiche mit schweren Durchblutungsstörungen

Im Zweifelsfall sollte Rücksprache mit einem Arzt erfolgen.



KUNDENAUFKLÄRUNGSBOGEN

IONTO ULTRASCHALLBEHANDLUNG

zur Mitnahme

KONTRAINDIKATIONEN DER IONTO ULTRASCHALLBEHANDLUNG

Die IONTO Ultraschallbehandlung ist eine kosmetische Behandlung und darf daher von ausgebildeten Kosmetikern/innen nur an gesunden Menschen / gesunder Haut durchgeführt werden.

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Punkte an:

akutes Fieber, akute Entzündungen, akuter Herpes Simplex im Behandlungsgebiet, akuter Alkohol/Drogeneinfluss, Krebs, Verdacht auf maligne Tumore, Kreislautschwäche, implantierte Insulinpumpe, Herzrhythmusstörungen, Störungen der Blutgerinnung, bakterielle Infektionen, Hauterkrankungen und Hautinfektionen, Immunsuffizienz, Operationsnarben, Hautschädigungen im Behandlungsgebiet, BEI KÖRPERBEHANDLUNGEN, Schwangerschaft, akutes Gelenk rheuma, vor Kurzem durchgeführte Röntgentherapie, vor Kurzem durchgeführte Wirbelsäulenoperation, Gefäßerkrankungen, Körperbereiche mit schweren Durchblutungsstörungen

Im Zweifelsfall sollte Rücksprache mit einem Arzt erfolgen.

HINWEISE

Ich wurde darauf hingewiesen, die Inanspruchnahme der Behandlung bei hypersensibler Haut und während der Schwangerschaft sensibler sein kann, sowie durch die Hormon-Umstellung die gewünschten Behandlungserfolge ausbleiben können.

Auf Muttermalen, Leberflecken, Keloid-Narben sowie hypertrophen Narben kann/wird keine Behandlung durchgeführt werden.

In seltenen Fällen kann es bei Anfälligkeit auf Herpes /Herpes Simplex aufgrund der anregenden Wirkung der Behandlung zu einem Ausbruch eines Herpes kommen. Daher ist bei bekannter Anfälligkeit die prophylaktische Einnahme/Applikation von Herpes-Medikamenten nach der Behandlung empfehlenswert.

Während und nach der Behandlung kann es je nach Empfindlichkeit zu einer Rötung der Haut (Erythem) kommen, da die Haut durch die Behandlung verstärkt durchblutet wird.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich wurde in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch über die von mir gewünschte Behandlung informiert. Zu den Informationen zählten unter anderem die Verhaltensweisen vor und nach einer Behandlung/Behandlungskur, die Abklärung der Kontraindikationen und der Hinweise, sowie mögliche Nachwirkungen der Behandlung.

Des Weiteren wurden mir die realistischen Resultate und Möglichkeiten der Behandlung dargelegt und ich konnte alle mir wichtigsten Fragen zu der Behandlung, ihrer Wirkung und Möglichkeiten und etwaigen Kontraindikationen stellen.

Hiermit bestätige ich, alle Fragen zu meinem Gesundheits- und Hautzustand und zum Ausschluss möglicher Kontraindikationen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben.

Ich habe den Verlauf der Behandlung, realistische Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Nachwirkungen zur Kenntnis genommen und stimme der Behandlung zu.

IHR KOSMETIKINSTITUT

Ort, Datum, Unterschrift