

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG: „Filling“ mit Hyaluronsäure

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, die Korrektur von Falten durch Einspritzung mit quervernetzter Hyaluronsäure behandeln zu lassen, und zwar an folgenden Stellen (bitte umkreisen):

* Nasolabialfalten

* Marionettenfalten

* Lippe

* Andere Regionen: _____

Preis: _____ €

(Falls zu einem späteren Zeitpunkt Korrektur-Injektionen notwendig sind, sind diese gesondert zu bezahlen)

Art, Inhalt, Risiken und Erfolgchancen der obengenannten Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit Dr. med. C. Walentiny eingehend erläutert. Auch wurden mögliche Nebenwirkungen wie allergische Reaktionen besprochen. Ich bin darüber informiert dass es zunächst zu Schmerzen, Rötung und Schwellung sowie Hämatomen an den Einstichstellen kommen kann. Ich konnte alle meine mich interessierenden Fragen stellen. Diese wurde alle beantwortet und von mir verstanden.

Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt.

Ich wurde darüber informiert, dass die Dauer des lang anhaltenden auffüllenden Effekts je nach Hauttyp und Veranlagung unterschiedlich ist und dass sich eine Folgebehandlung in der Regel nach 6-10 Monaten empfiehlt.

Ort und Datum: Trier, _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Dr. C. Walentiny: _____

DECLARATION OF AGREEMENT: "Filling" with hyaluronic acid

Last name, first name, date of birth: _____

It is my wish to have the correction of wrinkles done with injection with cross-linked hyaluronic acid, at the following points (please circle):

- * Nasolabial folds
- * lip

- * Marionette lines
- * Other regions: _____

Price: _____ €

(If correction injections are necessary at a later date, these have to be paid separately)

The nature, content, risks and chances of success of the above-mentioned treatment were explained to me in detail by Dr. C. Walentiny, MD. Possible side effects such as allergic reactions were also discussed. I am informed that there may be pain, redness and swelling as well as hematomas at the puncture sites. I was able to ask all the questions I was interested in. They were all answered and understood by me.

I have been given a reasonable period of reflection.

I have been informed that the duration of the replenishing effect varies according to skin type and disposition and that a follow-up treatment is usually recommended after 6-10 months.

Place and date: Trier, _____

Signature of patient: _____

Signature of Dr. C. Walentiny: _____

DÉCLARATION DE L'ACCORD: "Remplissage" d'acide hyaluronique

Nom, prénom, date de naissance : _____

—

Je souhaite expressément que la correction des rides soit traitée à l'acide hyaluronique réticulé par injection aux points suivants (veuillez encercler)

* Plis nasogéniens

* Plis de marionnettes

* lèvres

* Autres régions: _____

Prix: _____ €

(Si des injections de correction sont nécessaires à une date ultérieure, elles doivent être payées séparément)

La nature, le contenu, les risques et les chances de succès du traitement susmentionné m'ont été expliqués en détail lors d'une réunion d'information détaillée avec le Dr C. Walentiny. Les effets secondaires possibles tels que les réactions allergiques ont également été discutés. On m'informe qu'il peut y avoir de la douleur, des rougeurs et de l'enflure ainsi que des hématomes aux points de ponction/injection. J'ai pu poser toutes les questions qui m'intéressaient. On a répondu à toutes mes questions, et j'ai compris toutes les réponses.

On m' a accordé un délai de réflexion raisonnable.

On m' a informé que la durée de l'effet selon le type de peau et la disposition de la peau et qu'un traitement de suivi est généralement recommandé après 6 à 10 mois.

Lieu et date: Trèves, _____

Signature du patient: _____

Signature du Dr C. Walentiny: _____

DECLARACIÓN DE ACUERDO: "Relleno" con ácido hialurónico

Nombre, fecha de nacimiento : _____

Es mi deseo que la corrección de las arrugas sea tratada con ácido hialurónico reticulado por inyección en los siguientes puntos:

* Pliegues nasolabiales

* Pliegues de « Marionnette »

* labias

* Otras regiones. _____

Precio: _____ €

(Si las inyecciones de corrección son necesarias en una fecha posterior, estas deben ser pagadas por separado)

La naturaleza, el contenido, los riesgos y las posibilidades de éxito del tratamiento antes mencionado me fueron explicados en detalle en una reunión de información detallada con el Dr. C. Walentiny. También se discutieron los posibles efectos secundarios como reacciones alérgicas. Me informan que puede haber dolor, enrojecimiento e hinchazón, así como hematomas en los sitios de punción. Pude hacer todas las preguntas que me interesan. Todo esto fue contestado y entendido por mí.

Se me ha concedido un período razonable de reflexión.

Se me ha informado que la duración del efecto varía según el tipo de piel y la disposición y que un tratamiento de seguimiento se recomienda generalmente después de 6-10 meses.

Lugar y fecha Trier: _____

Firma del paciente : _____

—

Firma del Dr. C. Walentiny: _____

—

DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO: "Enchimento" com ácido hialurônico

Nome, primeiro nome, data de nascimento: _____

É meu desejo explícito de ter a correção de rugas por injeção com ácido hialurônico reticulado, nos seguintes locais (circule):

* rugas Nasolabiais

* rugas de Marionetas

* lábios

* Outras regiões: _____

Preço: _____ €

(Se as injeções corretivas forem necessárias em uma data posterior, estas devem ser pagas separadamente)

A natureza, conteúdo, riscos e sucesso do tratamento acima mencionado foram explicados em uma discussão informativa detalhada com o Dr. med. C. Walentiny. Também foram discutidos possíveis efeitos colaterais tais como reações alérgicas. Estou informado de que inicialmente pode haver dor, vermelhidão e inchaço, bem como hematomas nos locais de injeção. Eu poderia fazer todas as minhas perguntas. Tudo isso foi respondido e compreendido por mim.

Recebi um tempo de pensamento apropriado e suficiente.

Fui informado de que a duração do efeito de reabastecimento duradouro varia de acordo com o tipo de pele e a predisposição, e esse seguimento geralmente é recomendado após 6-10 meses.

Lugar e data: Trier, _____

Assinatura Paciente: _____

Assinatura Dr. C. Walentiny: _____