

Einverständniserklärung
Faltenunterspritzung mittels BELOTERO®

Ich bin damit einverstanden, mich mit BELOTERO® behandeln zu lassen. Die Behandlung erfolgt ambulant.

Mir wurden die Spritztechnik und die Indikation für BELOTERO® sowie Art, Inhalt und Erfolgsaussichten der oben genannten. Behandlung ausführlich in einem Aufklärungsgespräch erläutert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, die alle zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.

Auch habe ich schriftliches Informationsmaterial erhalten und mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Fragen zu meiner Krankheitsgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich wurde darüber informiert, dass die Dauer des lang anhaltenden auffüllenden Effekts je nach Hauttyp und Veranlagung unterschiedlich ist. Eine Folgebehandlung empfiehlt sich in der Regel nach 6-12 Monaten.

Die Patienteninformation zu BELOTERO® habe ich erhalten und gelesen.

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____