

# BEHANDLUNG MIT "ICOONE"

## KUNDENKARTEIKARTE



<input type="text"/>	<input type="text"/>
TITEL/ VOR- & NACHNAME	ADRESSE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MAIL	PLZ, ORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEL.NR.	GEBURTSDATUM

### GEWÄHLTE KÖRPERZONE(N)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

HAARFARBE  blond  rot  schwarz/braun  weiß  brünett

### HAUTREAKTION SONNENBADEN

- Sonnenbrand, keine Bräunung (Typ I)  
 meist Sonnenbrand, selten Bräunung (Typ III)  
 manchmal leichter Sonnenbrand, bräunt relativ einfach (Typ III)  
 selten Sonnenbrand, bräunt überdurchschnittlich (Typ IV)  
 selten Sonnenbrand, bräunt übermäßig (Typ V)  
 kein Sonnenbrand, bräunt einfach (Typ VI)

### ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN & EINGRIFFE

- Laser  Blitzlampe  Radiofrequenz  akustische Welle  
 Kryotherapie  Operationen  Aknebehandlung  chemisches Peeling

<input type="checkbox"/> Hyaluron	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Botox	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tattoos/PMU	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>

# BEHANDLUNG MIT "ICOONE"

## FRAGEN ZUR ANAMNESE

- HAUTBILD
- |                                     |                                   |   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muttermale | <input type="checkbox"/> Ekzeme   | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis  | <input type="checkbox"/> Narben   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis    |
| <input type="checkbox"/> Herpes     | <input type="checkbox"/> Vitiligo | <input type="checkbox"/> blaue Flecken    |
|                                     |                                   | <input type="checkbox"/> Entzündungen     |
|                                     |                                   | <input type="checkbox"/> Hautverletzungen |

## GESUNDHEITSBILD & MEDIKATION

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licht-Unverträglichkeit                         | <input type="checkbox"/> Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung           |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Stillen                         | <input type="checkbox"/> Thrombose(risiko)         | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung/Venenleiden |
| <input type="checkbox"/> RaucherIn                                       | <input type="checkbox"/> Neigung zu blauen Flecken |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel |  |   |

- Medikamente, med. Cremes, Verhütung

- Allergien

- aktuelle oder frühere Erkrankungen

- Autoimmunerkrankungen

- Erkrankungen naher Verwandtschaft (1. Grades)

- Herzschrittmacher, Implantate, Prothesen

- Sonstiges

# BEHANDLUNG MIT "ICOONE"

Für eine Behandlung mit dem ICOONE LASER.

Der/die KundIn muss uns über seine/ihre körperliche Verfassung bzw. Vorbelastungen/Krankheiten informieren, die Richtigkeit der Kundenangaben ist für eine erfolgreiche Behandlung absolut maßgebend.

Am \_\_\_\_\_ wurde ich, \_\_\_\_\_ in einem persönlichen Gespräch über Art, Zweck und Hergang des o.g. Eingriffs aufgeklärt.

Aufgrund des Aufklärungsgespräches ist mir bekannt, dass keine Erfolgsgarantie gegeben werden kann. Die Erfolge sind individuell unterschiedlich und hängen von verschiedenen Faktoren ab, wie etwa Lebensstil, Flüssigkeitsszufuhr, Alter, Geschlecht, Ernährung, Genetik usw. Wenn die erwünschten Ergebnisse nicht eintreffen, wird kein Geld zurückerstattet. Ich wünsche gleichwohl die Durchführung der oben näher bezeichneten Behandlung. Mir ist bekannt, dass mehrere Sitzungen notwendig sein können, um das Gesamtbild zu bessern.

Terminabsage: Mir ist bewusst, meinen Termin mindestens 48h vorher abzusagen ansonsten müssen wir Ihnen bis zu 100% des Gesamtbetrages verrechnen (siehe Stornorichtlinien auf unserer Website)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Relevante Daten werden bis Ablauf der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfrist (7 Jahre) aufbewahrt. Folgende Daten werden gespeichert: allgemeine Personendaten & physische Merkmale. Alle relevanten Daten für die Behandlung (personenbezogene sowie sensible Daten) werden gespeichert.

Ihre Rechte: Ihnen stehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragung, Widerruf und Widerspruch zu. Sollten Sie denken, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder deine datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, ist es Ihnen möglich sich an die Aufsichtsbehörde zu wenden. In Österreich ist dies die Datenschutzbehörde. Weitere Informationen finden Sie im Rechtlichen Bereich unserer Homepage.

- Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die Durchführung des Anamnesegesprächs mit den Hinweisen zur Dauer, Wirkung und den Vorsichtsmaßnahmen zur Dauerhaften Haarenfernung. Ich habe keine weiteren Fragen, die mir gestellten Fragen wurden alle vollständig und für mich verständlich beantwortet. Die Beratung wurde erfolgreich durchgeführt.
- Ich bin mit der Datenschutz-Vereinbarung und der Verarbeitung und Speicherung meiner persönlichen sowie sensiblen Daten und Fotos einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, per E-Mail und SMS über meine Termine informiert zu werden.
- Ich stimme der ANONYMEN Verwendung meiner Vorher-Nachher-Bilder für klinische und Marketingzwecke des Instituts zu.
- Ich möchte über Neuigkeiten und Aktionen per E-Mail informiert werden (Newsletter).
- Ich bestätige, die in Wort und Schrift zur Kenntnis genommenen Sicherheitsvorkehrungen und Anweisungen zu befolgen, welche auch die Vor- und Nachbehandlung meiner Haut betreffen.

\_\_\_\_\_  
DATUM, UNTERSCHRIFT