

Einverständniserklärung des Patienten

Name.....

Hyaluron Meso Lipolyse Fadenlifting Kollagenstimulation

Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte Behandlung durchgeführt wird.

Ich bestätige; dass ich genügend Zeit hatte, eine freie, überlegte Entscheidung zu treffen.

Ich wurde ausführlich über eventuelle Nebenwirkungen aufgeklärt.

Ich habe die Empfehlung für die Zeit vor und nach der Behandlung zu Kenntnis genommen und bin bereit diese zu befolgen.

Ich habe das Informationsblatt von HP L. Neuwirt erhalten, gelesen, verstanden. Ich habe die Gelegenheit; alle nötigen Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden ausführlich und verständlich beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Fotos anonym und unkenntlich bei Schulungen und auf Vorträgen verwendet werden. Ja Nein

Ort.....

Datum.....

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Therapeuten