

## Einwilligungserklärung für die Faltenunterspritzung mit plättchenreichem Plasma (PRP) aus Eigenblut

Patient: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich nach erfolgter Aufklärung in die Behandlung mit plättchenreichem Plasma (PRP) aus Eigenblut in Form von Mesotherapie und Unterspritzung von Falten ein.

Ich bin darüber informiert, daß im Rahmen der Behandlung das plättchenreiche Plasma mittels einer Spritze und einer feinen Nadel in die zu behandelnde Hautpartie eingebracht wird.

Folgende Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung wurden im Einzelnen besprochen und erläutert:

- Mögliche Infektion der behandelten Hautpartie.
- Mögliche Verletzung von Blutgefäßen mit Bildung eines Blutergusses.
- Mögliche Verletzung von Nerven im Injektionsgebiet mit Sensibilitätsstörungen.
- Mögliche Rötung und Schwellung im Injektionsbereich.
- Weitere: \_\_\_\_\_

Ich habe keine weiteren Fragen bezüglich der Behandlung und der erläuterten Risiken.

- Ich willige in die Verwendung meiner Vorher-/ Nachher Bilder für Werbezwecke ein.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift der aufklärenden Heilpraktikerin \_\_\_\_\_

