

BEHANDLUNGSBOGEN



Patientenname:		
Name des behandelnden Therapeuten:		
	Datum	Präparat
		<input type="checkbox"/> INFUZION System – BOOZTER (ION -) <input type="checkbox"/> INFUZION System – VOLYMIZER (ION +) <input type="checkbox"/> INFUZION System – CBD Skin Balanz (ION -)
	Lot/batch#	<i>LOT-label</i>
	Notiz	
	Datum	Präparat
		<input type="checkbox"/> INFUZION System – BOOZTER (ION -) <input type="checkbox"/> INFUZION System – VOLYMIZER (ION +) <input type="checkbox"/> INFUZION System – CBD Skin Balanz (ION -)
	Lot/batch#	<i>LOT-label</i>
	Notiz	
	Datum	Präparat
		<input type="checkbox"/> INFUZION System – BOOZTER (ION -) <input type="checkbox"/> INFUZION System – VOLYMIZER (ION +)
	Lot/batch#	<i>LOT-label</i>
	Notiz	

BEHANDLUNGSBOGEN

Kundendetails	Gebuchte Behandlung	Unterschrift Kunde
Name:	<input type="checkbox"/> INFUZION System – BOOZTER <input type="checkbox"/> INFUZION System – VOLYMIZER <input type="checkbox"/> INFUZION System – CBD Skin Balanz	
Straße:		
PLZ/Ort:		
Telefon/ Mobil:		
E-mail:		

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten oder liegt einer der folgenden Zustände vor?

Bitte ankreuzen	Ja	Nein	Falls "ja", geben Sie uns bitte genauere Angaben.	Notizen
Hoher Blutdruck				
Diabetes				
Muskelatrophie oder -störung				
Herz- oder Lungenerkrankung (Kurzatmigkeit)				
Medikamentenunverträglichkeit oder Allergien				
Kürzlich durchgeführte Operationen (weniger als 6 Monate) oder Narbengewebe im Behandlungsbereich				
Offene oder infizierte Wunde, Entzündung, kürzlich aufgetretene Blutungen				
Jüngste subkutane Injektionen im Behandlungsbereich				
Ich habe alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet und bin 18 Jahre oder älter.				

Kontraindikationen - Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Bitte ankreuzen	Ja	Nein	Falls "ja", geben Sie uns bitte genauere Angaben.	Notizen
Herzschrittmacher/ Herzerkrankung				
Epilepsie				
Schwangerschaft/ Stillzeit				
Aktive Akne				
Aktiver Herpes				

Einverständniserklärung / Zustimmung des Patienten

<p>Mein behandelnder Therapeut hat mir alle Informationen mit möglichen Vorteilen, Einschränkungen und alternativen Therapien gegeben. Ich habe die Behandlungsmethode „Infuzion System“ vollständig verstanden und alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe auch die begleitende Patientenbroschüre/Flyer gelesen und verstanden. Ich bin mir aller Kontraindikationen als auch möglicher unerwünschte Nebenwirkungen bewusst. Ich akzeptiere die Risiken, Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen, die durch diese Behandlung auftreten können. Es können Rötungen auftreten. Ich habe verstanden, dass die Ergebnisse nicht garantiert sind. Die Wirkungsdauer der Behandlung kann kürzer oder länger als der angegebene Zeitraum sein. Ich habe Fragen zu meiner Krankheitsgeschichte nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich bestätige, dass ich über die Behandlung in Übereinstimmung mit dem oben genannten informiert wurde und stimme der Durchführung der Behandlung durch meine Unterschrift zu.</p>	<p>Datenschutz <input type="checkbox"/> Ich habe die Datenschutzbestimmungen meines Therapeuten im beiliegenden Anhang oder auf dessen Website gelesen und bestätigt.</p>
	<p>Ort Datum</p>
	<p>Unterschrift Patient</p>
	<p>Name in Druckbuchstaben</p>