

**Einverständniserklärung**  
Gemäß NiSV §3 und Anlage 2

**Kundendaten:**

Herr                       Frau  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anlagedatum: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen / medizinische Daten:**

<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Operation	<input type="checkbox"/> Botox-Unterspritzungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung	<input type="checkbox"/> Kürzlich erfolgte Verletzung	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Epileptiker	<input type="checkbox"/> Medizinische Liftings	<input type="checkbox"/> Diabetiker
<input type="checkbox"/> Trigeminusneuralgie	<input type="checkbox"/> Hyaluron-Filler-Behandlung	<input type="checkbox"/> Diabetische Neuropathie
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Metallimplantate
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Zahnerkrankungen	<input type="checkbox"/> Narben im Gesicht	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Herpes simplex Infektion	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> Gefäßveränderung
<input type="checkbox"/> schwere Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Neurostimulations-Implantat
<input type="checkbox"/> akutes Gelenkrheuma	<input type="checkbox"/> reduzierte Reflexe	<input type="checkbox"/> Verdacht auf malignen Tumor
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Posttraumatische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stillzeit	<input type="checkbox"/> Sonstige Vorerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Allergien:

**Medikamenteneinnahme:**

Blutverdünnungsmittel  
 Anti-Akne Medikamente  
 Sonstige:

**Sonstige Anmerkungen:**

**Behandlungsplan gemäß NiSV Anlage 2 auf Basis der individuellen Kundensituation:**

Kosmetische Anwendung(en): \_\_\_\_\_  
Turnus der Anwendungen: \_\_\_\_\_  
Anzahl der empfohlenen Anwendungen: \_\_\_\_\_  
Verwendetes Gerät: \_\_\_\_\_  
Parameter / Behandlungsprogramm(e): \_\_\_\_\_

**Durchführung der Aufklärung des Kunden gemäß NiSV §3 Absatz 1 Punkt 6**

Aufklärung über Anwendung und Wirkung durchgeführt  
 Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen durchgeführt  
 Mögliche Alternativen und deren Risiken und Nebenwirkungen  
 Individuelle Kundensituation festgestellt, die zur Festlegung der Behandlungsparameter führt  
 Aufklärung über die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen fachärztlichen Abklärung durchgeführt

**Bestätigung der Aufklärung durch den Kunden und Einverständniserklärung zur Behandlung:**

---

Datum, Unterschrift (Kunde)