

## Vereinbarung und Einwilligung zur Anwendung des Dioden-Lasers

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Lokalisation / Preis pro Sitzung : \_\_\_\_\_

- Die Behandlung wird im allgemeinen gut vertragen. Während der Behandlung ist ein Stacheln und ein Brennen zu spüren.
- Die Häufigkeit der Anwendungen, um die behandelten Besenreisern zu entfernen, kann 3 Therapien erfordern.
- Mir ist bekannt, dass der Effekt der Anwendung nicht hundertprozentig sein muss, sondern durch verschiedene Faktoren eingeschränkt sein kann.
- Ich habe die Informationsschrift zur Laseranwendung gelesen und dort die genannten Risiken zur Kenntnis genommen.
- Die Kosten der ersten Beratung einschließlich Probe-Impulse betragen EUR 100.-. Die Kosten der weiteren Behandlungssitzungen ergeben sich aus der Anzahl der applizierten Laserimpulse und betragen pro Sitzung zwischen EUR 100.- und EUR 700.-
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die obenstehende Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben und stimme der Anwendung des Dioden-Lasers bei mir zu.

Hannover, den

Unterschrift: \_\_\_\_\_