

Vereinbarung und Einwilligung zur Anwendung des KTP Lasers

Name : _____ Vorname : _____

Anschrift : _____

_____ Geb. Datum : _____

Lokalisation / Preis pro Sitzung : _____

- Die Behandlung wird im allgemeinen gut vertragen . Während der Behandlung ist ein Stacheln zu spüren.
- Entscheidend für den Behandlungserfolg sind Lage und Größe der Gefäße. Gefäße im Gesichtsbereich sprechen am besten auf den Laser an.
- 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 die dort genannten Risiken zur Kenntnis genommen.
- Die Kosten der ersten Beratung einschließlich der Probe - Impulse betragen EUR 100.-. Die Kosten der weiteren Behandlungssitzung 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 KTP - Lasers bei mir zu.

Hannover, den

Unterschrift : _____