

Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Mesotherapie

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Anamnesebogen zur Mesotherapie/Plasmatherapie

1. Aktuelle Beschwerden / Behandlungswunsch:

2. Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine ästhetische Behandlung durchgeführt – z. B. mittels Mesotherapie oder Botulinumtoxin, Hyaluronsäure?:

3. Allgemeiner Gesundheitszustand:

- Chronische Erkrankungen: _____
- Schilddrüse: _____
- Wirbelsäule / Rückenprobleme: _____
- Hormonelles Gleichgewicht: _____
- Blutdruck: _____

4. Einnahme von Medikamenten, Vitaminen, etc.: _____

5. Allergien / Unverträglichkeiten: _____

6. Verdauung / Darmgesundheit: _____

7. Körperliche Aktivität, wie oft: _____

8. Ernährung: _____

9. Entgiftungsverfahren/Saunabesuch: _____

10. Menstruationszyklus / PMS: _____

Wichtige Informationen zur Mesotherapie

Die Mesotherapie ist eine minimalinvasive Behandlung, bei der individuell zusammengestellte Wirkstoffe in die mittlere Hautschicht injiziert werden. Ziel ist die Verbesserung der Hautstruktur, Minderung von Falten, Cellulite oder Haarausfall.

Behandlungsablauf: 5 bis 10 Sitzungen im Abstand von 1–2 Wochen, ggf. Erhaltungssitzungen.

Mögliche Nebenwirkungen: Schmerzen, Rötungen, Blutergüsse, Juckreiz, Allergien.

Nach der Behandlung: Kein Make-up (12–24 Std), keine Sauna/Sonne (3–5 Tage), Gesichtscreme mit SPF 50+, viel trinken.

Hinweis: Kein Ersatz für chirurgische Eingriffe. Wirkung abhängig von Hauttyp, Alter, Lebensstil.

Einverständniserklärung

☐ Ich wurde über die Wirkweise, den Ablauf sowie mögliche Risiken der Mesotherapie informiert.

☐ Ich habe keine offenen Fragen und stimme der Behandlung zu.

☐ Ich bin mit Vorher-Nachher-Fotos zur Dokumentation einverstanden (sie dienen ausschließlich dem internen Vergleich des Behandlungserfolges und werden nicht veröffentlicht). Sie verbleiben ausschließlich in meiner Patientenakte und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz gemäß DSGVO.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Ärztin: _____