**Aufklärungsprotokoll – Radiofrequenzbehandlung mit Double Tite**

Patient

O Hautstraffung Gesicht/Hals/Dekolleté /Hände

O Porenverfeinerung O Behandlung von Narben, Striae

Mit Double Tite steht eine Technologie zur Verfügung, die es ermöglicht jeden Hauttyp sicher und effektiv zu behandeln. Trotzdem sind gewisse Richtlinien zu beachten, um die Behandlung ohne unerwünschte Nebenwirkungen und mit maximalem Erfolg ablaufen zu lassen. Bitte beachten Sie diese Hinweise und informieren Sie uns, wenn eine der genannten Kontraindikationen zutrifft.

Behandlungen mit Radiofrequenz dürfen nicht durchgeführt werden an Personen, die über einen Herzschrittmacher o.a. elektronisch gesteuerte Implantate verfügen. Ebenso ist die Behandlung an Körperpartien untersagt, an denen Metallteile (z.B. Schrauben, Platten o.ä.) in den Körper

eingebracht wurden. Schmuck oder Piercings im Behandlungsbereich sind vor Beginn der Behandlung abzulegen. Schwangere dürfen nicht behandelt werden!

Während und nach der Behandlung erfolgt eine gezielte Erwärmung bestimmter Hautschichten durch Wechselwirkung der Radiofrequenz mit Wasser in der Haut. Um die Behandlung angenehm zu gestalten, wird vorab eine Anästhesiecreme angewendet. Bitte teilen Sie uns mit, falls Sie

allergisch auf Lidocain oder andere Medikamente sind. Sollten Sie Blut verdünnende Medikamente einnehmen, informieren Sie uns bitte vorab.

Nach der Behandlung wird die Haut gerötet sein und sich heiß anfühlen. Außerdem können die Einstiche der Nadelelektroden für einige Tage sichtbar sein. Es kann zu Blutergüssen und Schwellungen kommen.

Nach der Behandlung können Sie Ihren gewohnten Aktivitäten uneingeschränkt nachgehen. Trinken Sie reichlich Wasser, vermeiden Sie am gleichen Tag Sauna, heiße Bäder und Sonnenbäder.

Da die Behandlung körpereigene Prozesse stimuliert, um die Hautstruktur zu verbessern, kann es bis zu 3 Monate dauern bis die Ergebnisse sichtbar werden. Eine Folgebehandlung sollte frühestens nach 4 Wochen erfolgen.

München, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift Behandler Unterschrift Patient