

Gesundheitsfragebogen

Personalien:

Vorname/Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum (mind. 18 Jahre):

Email:

Telefon:

Persönliche Fragen:

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Nein

☐ 1x p/W

☐ 2–3x p/W

☐ mehr als p/W

Aktueller medizinischer Zustand:

☐ gesund

☐ krank

☐ weder noch

BMI: _____

Vorerkrankungen (siehe Kontra):

Med. Einflüsse 4 Wochen vor Behandlung: _____ (Sonnenbrand, Medikamente, etc.)

Die Befundaufnahme wird diskret behandelt. Es werden keine Informationen an Dritte weitergegeben. Grundsätzlich dient die Behandlung klar der Ästhetik. Die Behandlung ersetzt keinen Arzt oder Therapeuten. Ich bin damit einverstanden, während ich in Behandlung bin, allen Empfehlungen zu folgen. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Das Prinzip

Beim Radiofrequenzverfahren wird die Energie lokal in den Problemzonen fokussiert. Mithilfe eines auf der Haut aufliegenden Handstücks gelangen die Radiowellen gezielt in das Bindegewebe der Unterhaut. Wie tief sie in die Fettschichten eindringen sowie ihre Intensität wird jeweils an die Bedürfnisse des Patienten angepasst. Im Gewebe entfalten die Radiowellen ihre Wärmewirkung und schaffen einen kontrollierten Temperaturanstieg, der das Fett zum Schmelzen bringt. Die erhitzten Fettzellen geben Fettsäuren, d.h. flüssiges Fett, frei und schrumpfen zusammen. Mit der Verringerung des Fetts wird äußerlich sichtbar eine Reduktion des Körperumfangs erreicht. Die zerstörten Fettzellen bauen sich auf natürliche Weise über den Blutkreislauf und das Lymphsystem ab. Durch das Vakuum und die Wärme kann ebenfalls die Muskulatur gelockert werden sowie verklebte Faszien gelöst und Durchblutung angeregt werden.

Wir bitten Sie folgende Informationen während und nach Ihrer Behandlung zu beachten:

- Die Refit Behandlungen werden individuell abgeschlossen, d.h. ich verspreche keine bestimmte Anzahl von Sitzungen. Der Behandlungsabstand beträgt 7-10 Tage und ich empfehle mind. 8 – 10 Behandlungen.
- Für ein optimales Ergebnis sollten Sie auf eine Nachsorge achten, auf die Ernährung, sowie auf ausreichende Bewegung und viel Flüssigkeitsaufnahme.
- Es ist erforderlich nach der Behandlung täglich mindestens 2 Liter Wasser zu trinken.
- Um das optimale Behandlungsergebnis zu erzielen, muss auf die Energiebilanz geachtet werden (Kohlenhydrate, Fette und Zucker meiden).
- Sollten sich Veränderungen ihres Gesundheitszustandes während des Behandlungszeitraumes ergeben, bitten wir Sie, uns davon in Kenntnis zu setzen.
- Für 2 Tage auf Leistungssport, starke Sonneneinstrahlung und Saunagänge verzichtet werden.
- Bei Gesichtsbehandlungen: Wenn möglich 24 Stunden kein Make up (Lassen Sie ihre Haut atmen)

Kontraindikationen:

Kontraindikation / Vorsicht	Ja	No	Kontraindikation	Ja	NO
akute unspezifische, bakterielle bzw. virale Krankheitsprozesse, die mit lokaler Erwärmung oder mit Fieber einhergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
implantierte Metallteile, z. B. Schrauben oder Platten oder Silikon im Behandlungsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft und Wochenbett inkl. stillende Mütter (mind. 8 Wochen nach Niederkunft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämophilie (Blutungsneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkte Nieren- oder Leberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumore und Metastasen (Organ und Haut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrische Transplantate (z. B. Herzschrittmacher, Hörgeräte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapie mit Antikoagulanzen, z. B. Marcumar, Heparin. Antibiotika oder Kortisonbehandlung (lokal 2 Monate, systematisch 12 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektion: Botox, Filler etc. in den letzten 2 Wochen im Behandlungsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arteriosklerose im fortgeschrittenen Stadium (AVK Stadium III-IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarksentzündung (Osteomyelitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frische Traumen mit Hämatom, Erguss- oder Ödem-Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplexe regionale Schmerzsyndrom – Stadium I und II (CRPS I – Trauma ohne Nervenverletzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Hautverletzungen, Hautkrankheiten wie Ekzeme, Akne oder Herpes im Behandlungsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posttraumatische, hydrostatische Lymphödem (Gewebsquetschungen, Zerreißen, offenen Frakturen, Verbrennungen, Verätzungen oder Schnittverletzungen nach Unfall).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptiker, Schlaganfall, Herzinfarkttriskopatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfader, Rosacea, Couperose im Behandlungsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, Schilddrüsenerkrankung (schlechte Wundheilung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollagene Gefässerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsupprimierte Kunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörung im Behandlungsbereich (Wärmeempfinden eingeschränkt, erhöhtes Narbenrisiko oder Lichtempfindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Nicht eingesetzt werden sollte die Fettreduktion bei Personen mit Herzleiden, aktiven Gefäßkrankheiten, Herzschrittmachern, Thrombose, Leber- und Nierenerkrankungen, schwerwiegenden Fettstoffwechselkrankheiten, Adipositas (Krankhafte Fettleibigkeit, BMI +31) oder bei Personen, die blutgerinnungshemmende Medikamente verwenden. Weiterhin sind Kunden mit viralen, bakteriellen und mikrobiellen Hauterkrankungen von der Behandlung auszuschließen.

Behandlungszonen (siehe Preise):

"Slim, Firm & Tone" - Fettreduktion, Körperformung, Straffung

- ☐ Bauch
- ☐ Hüfte
- ☐ Schulterblattregion
- ☐ Oberschenkel vorne
- ☐ Oberschenkel hinten inkl. Po
- ☐ Oberarme
- ☐ Gesicht

"Release & regeneration" - Lockerung der Muskulatur, Faszien lösen, Lymphdrainage

- ☐ Oberschenkel vorne
- ☐ Oberschenkel hinten
- ☐ Waden
- ☐ Nacken / Rücken

Wichtig zu wissen:

- Bitte alle Pircings im Behandlungsbereich entfernen!
- Bei empfindlichen Personen mit schwachem Bindegewebe können durch das Vakuum, ähnlich wie beim Schröpfen bzw. der Schröpfkopfmassage, Blutergüsse entstehen! Diese sind in der Regel nach ca. 4 - 7 Tagen komplett verschwunden! Ausserdem kann es an großen Arealen wie zum Beispiel Abdomen 1 bis 2 Tage zu einem Gefühl ähnlich wie starkem Muskelkater kommen
- Es darf bei der Bruststraffung kein Brust/Drüsengewebe behandelt werden, das heißt es kann nur das Gewebe um die Brust herum (Brustansatz, Seiten usw.) gestrafft/behandelt werden!
- Der direkte Schilddrüsenbereich am Hals darf nicht behandelt werden
- Narben können nach vollständiger Abheilung (ca. 2 Jahre) behandelt werden
- Bei Lipödem sprechen Sie bitte im Vorfeld in jedem Fall mit Ihrem Arzt ab, ob eine Behandlung mit Radiofrequenz, Vakuum und LED durchgeführt werden kann!

Einverständniserklärung:

Versicherung ist Sache der Kundin/des Kunden. Die Inhaberin haftet nicht für Unfälle, Verletzungen und Folgeschäden jeglicher Art, welche während der Behandlung oder im Anschluss entstehen können. Die Kundin/der Kunde übernimmt die volle Verantwortung für ihr Handeln. Es unterliegt der eigenen Verantwortung, jegliche physischen oder mentalen Hindernisse die bereits vor/bei Beginn einer Behandlung vorhanden waren zu kennen und diese der Therapeutin mitzuteilen sowie mit einem Arzt vorgängig zu besprechen. Medizinische Probleme, welche durch eine Behandlung beeinträchtigen könnten, werden vorgängig mit einem Arzt besprochen und abgeklärt.

Wenn Sie bei Salwender Training eine Behandlung möchten, bestätigen Sie bitte, dass Sie die Erklärung gelesen und verstanden haben, keine der genannten Risiken bzw. Erkrankungen für Sie zutrifft und gegebenenfalls ein ärztlicher Rat vor der Nutzung eingeholt wurde. Die Befundaufnahme wird diskret behandelt. Es werden keine Informationen an Dritte weitergegeben. Grundsätzlich dient die Behandlung klar der Ästhetik. Die Behandlung ersetzt keinen Arzt oder Therapeuten. Ich bin damit einverstanden, während ich in Behandlung bin, allen Empfehlungen zu folgen. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben ausgefüllten Informationen. Ich habe diese Angaben nach besten Gewissen gemacht, und bestätige, dass ich alle Punkte der obigen Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über die Risiken der Behandlung informiert wurde und allfällige mögliche Risiken mit einem Arzt besprochen habe. Vor der Behandlung werde ich jedes Schmuckstück ablegen und alle Piercings entfernen.

Name in Blockschrift:

Datum, Ort

Unterschrift