



Einverständniserklärung & Ärztliche Freigabe zur Elektrolyse in der Nähe von Muttermalen oder Hautveränderungen

1. Kundendaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon / E-Mail: _____

2. Hautveränderungen im Behandlungsbereich

☐ Ich bestätige, dass ich Muttermale, Hautmale oder andere pigmentierte Hautveränderungen in den Bereichen habe, die ich behandeln lassen möchte.

☐ Ich habe keine sichtbaren Muttermale oder Hautveränderungen in den Bereichen, die mit Elektrolyse behandelt werden sollen.

3. Ärztliche Freigabe (erforderlich, wenn erste Box angekreuzt ist)

Bitte lassen Sie den folgenden Abschnitt von Ihrer*m Dermatolog:in ausfüllen:

Name der*s Dermatolog:in: _____

Praxis Adresse & Telefonnummer: _____

Datum der Untersuchung: _____

Ich, Dr. _____, bestätige, dass die Muttermale / Hautveränderungen der Kundin / des Kunden:

- ☐ gutartig sind und keine Anzeichen von Bösartigkeit oder Atypie zeigen
- ☐ ohne Bedenken mit Elektrolyse behandelt werden können
- ☐ nicht direkt mit Elektrolyse behandelt werden sollten
- ☐ weiter beobachtet oder entfernt werden sollten, bevor kosmetische Behandlungen durchgeführt werden

Unterschrift & Stempel der*s Dermatolog:in:

4. Einverständniserklärung der Kundin / des Kunden

☐ Mir ist bewusst, dass die Behandlung von Muttermalen oder Hautveränderungen mit Elektrolyse eine vorherige ärztliche Freigabe erfordert.

☐ Ich erteile *FareWell* die Erlaubnis, gemäß Empfehlung eine Behandlung mit Elektrolyse im Bereich um die Hautveränderungen vorzunehmen.

☐ Ich verstehe, dass das Personal von *FareWell* keine medizinischen Fachkräfte sind und mich bei Bedarf an eine*n Ärzt:in verweisen werden.

Unterschrift der Kund:in: _____

Datum: _____