

Dr. med. Hendrik Altenkämper
Dipl.-Med. Rita Klaus

Fachärzte für Allgemeinmedizin
Phlebologie

Patient: **Name:** **Vorname:**
geb. am: **Strasse:**
Wohnort:

Einverständniserklärung zur Behandlung mit Hyaluronsäure

Hiermit willige ich nach erfolgter Aufklärung in die Therapie von Hautfalten mit dem Wirkstoff Hyaluronsäure ein. Ich bin darüber informiert, dass im Rahmen der Behandlung die Substanz mit einer Spritze und einer feinen Nadel in die zu behandelnden Hautpartien eingespritzt wird.

Folgende mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung wurden besprochen und im Einzelnen erläutert:

- > **Infektion der behandelten Hautpartie**
- > **Verletzung von Blutgefäßen mit Bildung eines Blutergusses**
- > **Verletzung von Nerven im Injektionsgebiet mit Sensibilitätsstörung**
- > **Möglichkeit einer allergischen Reaktion**
- >

Ich habe keine weiteren Fragen bezüglich der Behandlung und der erläuterten Risiken.
Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung der Behandlung durch

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

.....
Aufklärender Arzt