

Haarentfernung mit hochenergetischem Licht (IPL-Technologie)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben den Wunsch, sich in bestimmten Hautbezirken die Haare, die Sie als störend empfinden, möglichst dauerhaft entfernen zu lassen. Neben der chemischen (Salben), mechanischen (Wachs), elektrischen (HF-Epilation) und lasermedizinischen Haarentfernung stellt die Behandlung **durch hochenergetisches Licht (IPL-Technologie; „Blitzlampe“)** eine mittlerweile seit Jahren bewährte Methode dar.

Durch die IPL-Technologie (intense-pulsed-light) können gezielt einzelne Haare, aber auch flächenhaft Haare in großen Arealen entfernt werden.

In Betracht kommen vor allem die Haare

- im **Gesicht** (Oberlippe, Kinn, Augenbrauen)
- im **Brust-, Rücken-, Bauchbereich**
- in den **Achselzonen**
- in der **Bikinizone**
- an den **Beinen**.

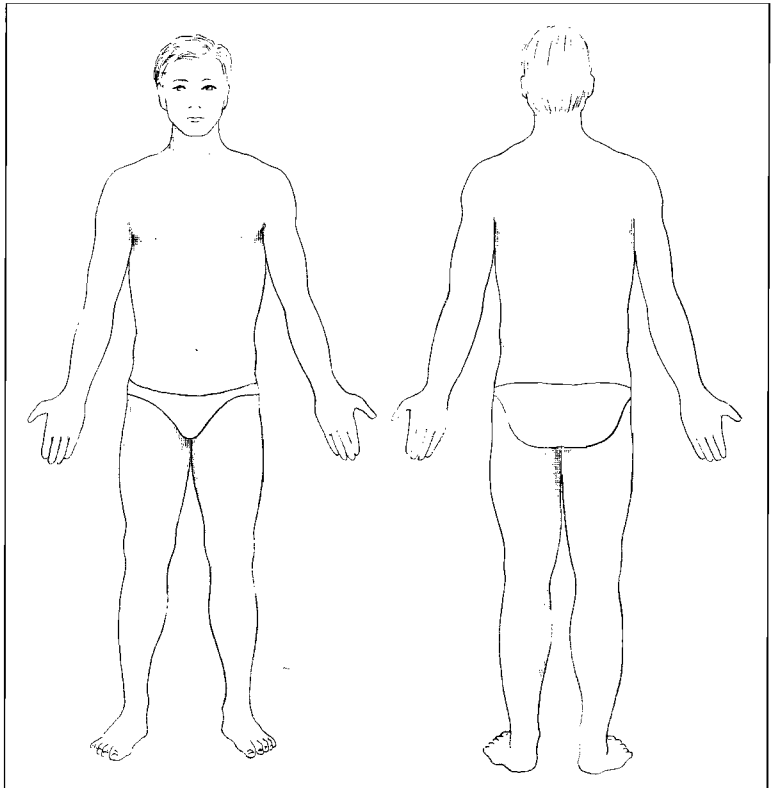


Abb. 1: Möglichkeit zum Einzeichnen der vorgesehenen Behandlungsareale

Die Behandlung

ist schmerzarm; auf eine Anästhesie (örtliche Betäubung) kann in aller Regel verzichtet werden. Falls Sie eine Betäubung des Behandlungsareals wünschen, werden Sie darüber gesondert aufgeklärt.

Ziel der gepulsten Lichtenergie ist das Pigment im Haar. Die Lichtenergie wird vom Pigment im Haar aufgenommen und bis an die Haarwurzel geleitet, wodurch diese geschädigt wird. Daher ist die Erfolgsaussicht um so besser, je dunkler die Haare sind. Weiße oder hellblonde Haare können mit dieser Methode nicht entfernt werden.

Je nach Körperregionen und Behaarung sind immer mehrere Behandlungen in bestimmten Zeitabständen erforderlich, um eine deutliche Verringerung der Behaarung zu erreichen.

In der Regel verspüren Sie bei der Behandlung nur einen leichten, mit einem Nadelstich vergleichbaren Schmerz, der Ihnen anzeigt, dass der Lichtimpuls erfolgreich gesetzt wurde. Eine sofortige Kühlung nach der Behandlung durch Coolpack o.ä. schützt die Haut gegen unangenehme Reizungen.

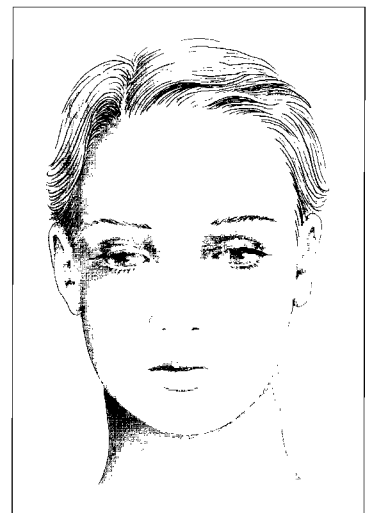


Abb. 2



Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kommt es in seltenen Fällen zu **Pigmentverschiebungen der Haut**, d.h. die behandelten Hautareale verfärben sich – meist nur vorübergehend – **hell oder dunkel**. Je mehr Pigment in der Haut ist (dunkler Hauttyp oder auch bei Sonnenbräune), um so eher kann es zu einer Pigmentverschiebung kommen. Der Bereich der Pigmentverschiebung kann die rechteckige Form des Behandlungsfeldes abbilden.

Bei sehr empfindlichem Hauttyp können sich leichte **Krusten** bilden, die in der Regel ohne Folgen abheilen. Äußerst selten bilden sich vorübergehend **Bläschen** und es kann zu stärkeren oberflächlichen **Verkrustungen** oder **Vernarbungen** kommen, daher kann sich bei bestimmten Hauttypen eine Probe-IPL-Therapie empfehlen. Hauterkrankungen wie **Akne** oder **Herpes** können durch die Behandlung aktiviert werden.

Behandlungserfolg

Unmittelbar nach der Behandlung ist noch kein deutlicher Erfolg erkennbar. Da die Haarwurzeln nur langsam geschädigt werden, stellt sich der Erfolg erst im Laufe der nächsten Wochen ein.

Wie viele Behandlungssitzungen nötig sind, richtet sich nach Haarfarbe, Hautdicke, Stärke und Pigmentierung des Haares sowie nach der Empfindlichkeit Ihrer Haut, in der Regel sind aber mindestens 3-5 Behandlungen pro Hautareal nötig.

Eine Garantie auf vollständige und dauerhafte Haarentfernung kann nach dem derzeitigen Kenntnisstand leider nicht gegeben werden. Bei manchen Patienten wachsen wenige hellere und dünnere Haare nach.

Bitte unbedingt beachten!

Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Vor der Behandlung

Um die Gefahr einer Pigmentverschiebung zu minimieren, sollten Sie eine übermäßige UV-Bestrahlung (Solarium/Sonnenbaden) für 4 Wochen vor der Behandlung vermeiden oder eine Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor 25 oder höher verwenden.

Wichtig:

Um optimale Voraussetzungen zu schaffen, bitte die Haare, die entfernt werden sollen, kurz vor der IPL-Therapie bis auf leichte Stoppeln (etwa 3 mm Länge) rasieren. Wir werden dies mit Ihnen näher besprechen, falls Sie es wünschen.

Während der Behandlung

werden Sie eine Schutzbrille tragen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen aber dringend, während der gesamten Behandlung die Augen fest geschlossen zu halten. Sollte irgend etwas stören, so melden Sie sich bitte laut und deutlich, lassen aber die Augen weiterhin geschlossen, bis der behandelnde Arzt „Entwarnung“ gibt.

Nach der Behandlung

kommt es zu einer mehr oder weniger starken **Rötung** der behandelten Areale. Bitte kühlen Sie den Bereich, am besten mit einem Coolpack, das Sie zu Hause im Kühlschrank deponieren und zur Behandlung mitbringen. Eine übermäßige UV-Bestrahlung sollten Sie für weitere 4 Wochen nach der Behandlung vermeiden oder eine Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor 25 oder höher verwenden.

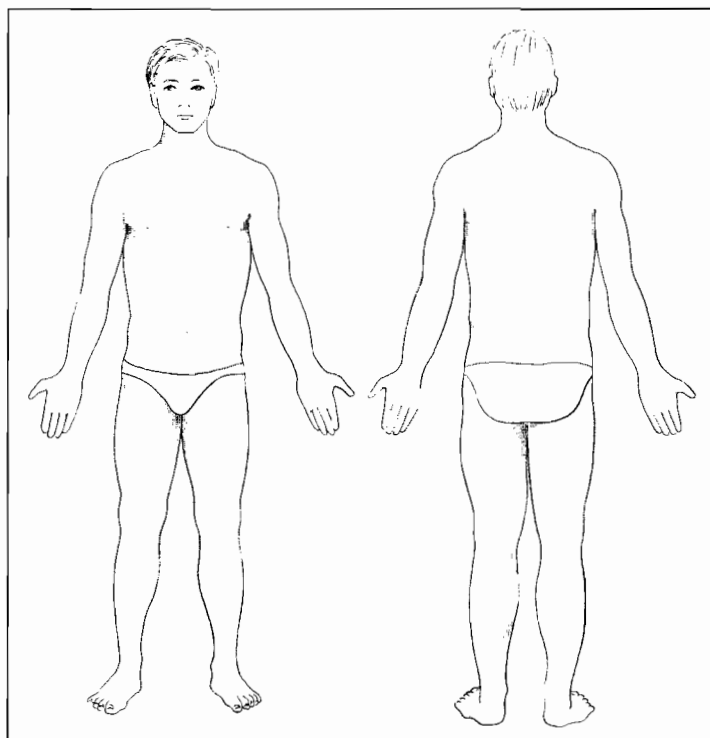
Nach der Haarentfernung bitte die behandelte Region nur mit einer pH-neutralen Seife oder Duschgel waschen. Bitte vermeiden Sie die Anwendung von Kosmetika mit Duftstoffen in den ersten 2 Monaten nach der Behandlung.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: _____

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein Ja
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Aspirin®), Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z.B. Tetracycline)
oder: _____
2. Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? Nein Ja
(z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt)
oder: _____
3. Leiden Sie unter häufigem **Nasenbluten, Blutergüssen** auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, **Gerinnungsstörungen**? Nein Ja
4. Sind **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder **Unverträglichkeit** von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex? Nein Ja
oder: _____
5. Leiden Sie unter **Hypo- oder Hyperpigmentierungen**? Nein Ja
6. Haben Sie häufig **Infektionen**? Nein Ja
7. Leiden Sie unter **verstärkter Lichtempfindlichkeit** oder haben Sie eine **Sonnen-/Lichtallergie**? Nein Ja
8. Treten bei Ihnen immer wieder **Lippenbläschen (Herpes)** auf? Nein Ja
9. Neigen Sie zu **verstärkter Narbenbildung**? Nein Ja
10. Leiden Sie unter **Neurodermitis**? Nein Ja
11. **Rauchen** Sie? Nein Ja
12. Werden Sie zur Zeit wegen **Akne** behandelt? Nein Ja
13. Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung? Nein Ja
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? Nein Ja
14. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Nein Ja



Möglichkeit zur Dokumentation der Behandlungsareale

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen,
Textstellen unterstreichen oder an den vorge-
sehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

Dokumentation

Aufklärungsgespräch

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ zum Aufklärungsgespräch:

Name

Erörtert wurden z.B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe, Verhaltenshinweise sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Vorgesehener Behandlungstermin/-beginn (Datum): _____

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich wünsche die **Haarentfernung mit hochenergetischem Licht (IPL-Technologie)** an folgenden Körperstellen:

- im **Gesicht** (Oberlippe, Kinn, Augenbrauen)
 im **Brust-, Rücken-, Bauchbereich**
 in den **Achselzonen**
 in der **Bikinizone**
 an den **Beinen**
 andere: _____
 (ggf. bezeichnen)

Ich bin bereit, die Behandlung selbst zu bezahlen und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ich von anderer Seite eine Kostenerstattung erhalte.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/
Sorgeberechtigte*

Ärztin/Arzt

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.