

Ihr Termin am:

um:



Fachärzte für Dermatologie und Venerologie  
Zingster Str. 2 13051 Berlin  
Tel. 030 - 96200771 Fax 030 – 96200772  
www.hautarzt-in-berlin.de

## Laserbehandlung mit Erbium Laser

### Einverständniserklärung/ Behandlungsvertrag

Ich habe das Informationsblatt „Laserbehandlung mit Erbium Laser“ gelesen und verstanden und bin vom Arzt über die Laserbehandlung und deren Nebenwirkungen aufgeklärt worden.

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich die Kosten für die im Folgenden näher bezeichnete Behandlung in vollem Umfang übernehmen werde.

Ich wünsche die lasermedizinische Entfernung von

.....

Mir ist bekannt, dass medizinisch-kosmetische Leistungen nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattungsfähig sind, und dass die Kosten am Tage der Leistungserbringung zu bezahlen sind.

Die Kosten der Operation/Behandlung in Höhe von €..... werden von mir im Voraus und ohne Abzüge **in bar / EC-Karte** beglichen.

**Eine Rötung des behandelten Areals kann für mehrere Wochen anhalten. In Abhängigkeit vom Hauttyp kann es zu einer Pigmentverschiebung (die Haut ist dann heller oder dunkler als die umgebende Haut) kommen, die sich in den meisten Fällen zurückbildet.**

**Nach der Entfernung von dermalen Nävuszellnävi kann es zu einem teilweisen Nachwachsen der Hautveränderung oder zu einer scheinbaren Neubildung von Pigment (Braunverfärbung) kommen. Sollte das bei Ihnen der Fall sein, dann stellen Sie sich bitte nochmals bei uns vor.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in