

**Einverständniserklärung zur Behandlung mit X-PRESSION Harmonie in Frohnau**

Name der Kundin / des Kunden: \_\_\_\_\_

Vorgesehene Maßnahme: \_\_\_\_\_

**1. Aufklärung über die Art der Behandlung**

Am \_\_\_\_\_ wurde ich im eingehenden persönlichen Beratungsgespräch über Art, Zweck und Hergang der Behandlung in mir verständlicher Weise aufgeklärt. Ich habe alle Hinweise verstanden und habe **alle Fragen nach Krankheiten und Beschwerden zu meiner Person nach bestem Wissen beantwortet**. Für den Fall, dass die von der Kundin / vom Kunden gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, verzichtet der Unterschreiber auf jegliche Schadenersatzansprüche gegenüber der Firma \_\_\_\_\_.

Über das erforderliche Verhalten vor, während und nach dieser Behandlung wurde ich eingehend unterrichtet und auf mögliche Komplikationen und Risiken in der Zeit während und nach der Behandlung hingewiesen. Ich wurde gesondert durch einen Fragebogen über die Risiken und Kontraindikationen z.B. bei Herzinsuffizienz, Trombose und Venenleiden hingewiesen.

**2. Erklärung**

**Mir ist bewusst, dass eine Erfolgsgarantie nicht mit letzter Sicherheit gegeben werden kann.**

Nach der Behandlungsetappe ist es möglich, dass es z. B. bei Hormonveränderungen oder unkontrolliertem Essverhalten oder Erkrankungen der Schilddrüse oder Kortisonbehandlungen zu erneuten Fetteinlagerung an verschiedenen Körperteilen kommen kann.

Die Behandlungen müssen gegebenenfalls nach Absprache wiederholt werden, um eine dauerhafte Verbesserung des Erscheinungsbildes zu erreichen. Darauf wurde ich ebenfalls besonders hingewiesen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Behandlung nach Art, Umfang und Methode einverstanden.

Da Haut- und Körperzustände sehr individuell sind, ist mir bewusst, dass es Unterschiede bei den Behandlungsergebnissen geben kann, und sich dadurch die geschätzte Behandlungsanzahl verringern oder auch erhöhen kann. Letzteres gilt auch, wenn ich von den festgelegten Behandlungszeitabständen abweiche; z. B. durch Urlaub, Krankheit o. ä. In diesem Fall wird eine erneute Einschätzung der Behandlungsdauer vorgenommen.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zur Behandlung zu überdenken und habe keine weiteren Fragen mehr, nachdem die von mir gestellten Fragen vollständig und auch für den Laien verständlich beantwortet wurden. Die Kosten für meine Behandlungszone/n wurden mir mitgeteilt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich **mindestens 6 Behandlungen** zum festgelegten Preis durchführen lasse. Eine geringere Behandlungsanzahl bringen sicher **nicht** den gewünschten Erfolg! Nach der 6. Behandlung entscheide ich im Gespräch mit \_\_\_\_\_ ob die Behandlung weitergeführt oder beendet wird.

Zone	Aktion	Einzelpreis je Sitzung
------	--------	------------------------

**X**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Kundin/Kunde oder bei Kundschaft von 16 – 18 Jahren Erziehungsberechtigte/r)

**Wichtige Informationen:**

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Dass ich dieses Dokument jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Firma Semaco Sun Sky GmbH (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

**Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Fotos veröffentlicht werden können.

Die Bilder dürfen für die folgenden Zwecke genutzt werden:

- Veröffentlichung auf [www.toplite.de](http://www.toplite.de)
- Verwendung auf den Social Media Plattformen, z.B. Facebook
- Print-Veröffentlichung
- Und Weitere Verwendungsmöglichkeiten

Mir ist bekannt, dass ich für die Veröffentlichung kein Entgelt erhalte.

Ich kann meine Zustimmung über die Veröffentlichung und Verwendung der Fotos jederzeit zurücknehmen oder einschränken. Ansonsten ist die Einwilligung unbegrenzt gültig.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

**Bitte halten Sie Ihre Behandlungstermine ein!**