

Kunde/in

---

---

---

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich mit der LIPO SCULPTING - Behandlung an folgenden Arealen an meinem Körper einverstanden:

---

Die Behandlung wird ambulant und ohne Lokalanästhesie mit Kälteverfahren durchgeführt, wobei Wellen- und Dellenbildungen weitgehend ausgeschlossen sind.

Über eventuelle Risiken wie Verbrennungen, Hämatome und Blutergüsse, etc., wurde ausführlich aufgeklärt.

Fettembolien sind nach dieser Methode nicht bekannt.

Über die Nachbehandlungen bin ich ausführlich aufgeklärt worden. Besondere Erkrankungen, die diesem Eingriff entgegenstehen, sind mir nicht bekannt.

---

Ort/Datum

---

Kunde

---

Behandler/in

## Spezialernährungsplan während einer Ultraschall Bodyshaping Behandlung

„Erstellt unter Mithilfe des Max Plank Institutes für Ernährung“

Dienstag:	1. Tag: Frühstück	Kaffee ohne Zucker in beliebiger Menge
	Mittagessen	2. Gekochte Eier, Spinat wenig gesalzen
	Abendessen	1 großes Steak, gegrillt oder 3 Beafsteaks gebraten, grüner Salat und Sellerie
Mittwoch:	2. Tag: Frühstück	Kaffee ohne Zucker, 1 Brötchen
	Mittagessen	2 gekochte Eier, grüner Salat und Früchte
	Abendessen	Schinken gekocht, unbegrenzt
Donnerstag:	3. Tag: Frühstück	Kaffee ohne Zucker, 1 Brötchen
	Mittagessen	2 gekochte Eier, Salat und Tomaten
	Abendessen	Schinken gekocht, grüner Salat
Freitag:	4. Tag: Frühstück	Kaffee ohne Zucker, 1 Brötchen
	Mittagessen	1 gekochtes Ei, gelbe Rüben gekocht oder roh, Schweizer Käse
	Abendessen	Früchte und Naturjoghurt
Samstag:	5. Tag: Frühstück	gelbe Rüben mit Zitrone u. schwarzer Kaffee
	Mittagessen	gedünsteter Fisch und Tomaten
	Abendessen	1 Steak und grüner Salat
Sonntag:	6. Tag: Frühstück	schwarzer Kaffee und 1 Brötchen
	Mittagessen	gegrilltes Huhn
	Abendessen	2 gekochte Eier und gelbe Rüben
Montag:	7. Tag: Frühstück	Tee mit Zitrone
	Mittagessen	1 Steak gegrillt, Früchte nach Wahl
	Abendessen	frei nach Wahl, was immer Sie mögen!

Tagsüber stilles Wasser oder Tee in großen Mengen (2 bis 3 Liter)

Vom 8. Tag an beginnt die Spezialernährung von vorne, eine weitere Woche, dann darf man normal weiteressen. Auf zu viel Zucker verzichten!

Durch diese 2-wöchige Spezialernährung tritt eine Stoffwechselveränderung ein.

**Alkohol in jeglicher Form ist während der 2-wöchigen Spezialernährung zu vermeiden!**

**ANAMNESE FRAGEBOGEN**

*ULTRASCHALL CAVITATION*

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem Ultraschall Kavitations-Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Männlich:

Weiblich:

**Vorerkrankungen?**

Gefäßerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Thrombose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Medizinische Implantate	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leber- od. Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie zur Zeit**

**Medikamente?**

Heparin	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Macumar	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Andere blutgerinnungshemmende Medikamente	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Besteht zur Zeit:**

Schwangerschaft od. Stillzeit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## *Was empfehlen wir nach der Behandlung!*

Nach der Behandlung kann sofort zum gewohnten Tagesablauf übergegangen werden. Eine Erholungsphase ist nicht notwendig. Es treten weder Schmerzen noch Unwohlsein auf.

Neben ausreichend Schlaf und Bewegung spielt auch die Ernährung eine große Rolle. Beachten Sie daher folgendes:

Wichtig ist, dass alle kurzkettigen Kohlenhydrate aus der Nahrung für drei Tage verbannt werden müssen. Wenn dem Körper schnell verwertbare Kohlenhydrate zugeführt werden, besteht das Risiko, dass die freigesetzten Fette an anderer Stelle wieder eingelagert werden.

Kurzkettige Kohlenhydrate sind z.B.: Einfachzucker (Monosaccharide): Glukose (Traubenzucker, Fructose, Lävulose, Galaktose), die findet man in: Honig, Getränke, Früchte, Süßwaren, Milch, Zweifachzucker (Disaccharide): Saccharose (Rüben- oder Rohrzucker), Maltose (Malzzucker), Laktose (Milchzucker) zu finden in: Haushaltszucker, Marmelade, Süßigkeiten, Limonaden, Malzgetränken (Bier).

Nach drei Tagen ist der Großteil des Fettes abgebaut worden, sodass wieder Kohlenhydrate in Maßen bis zur nächsten Behandlung erlaubt sind.

Zusammenfassend:

- Nehmen Sie ausreichend Flüssigkeit zu sich (täglich 2 – 3 Liter)
- Meiden Sie Alkohol und Getränke mit Kohlensäure
- Essen Sie zwischendurch Obst und Gemüse (Vitamine, Mineralstoffe ...)
- Meiden Sie Weizenmehl- und Zuckerprodukte (fördern Fettgewebe und verhindern die Fettverbrennung)

Bitte beachten Sie, dass nur dann ein optimaler Behandlungserfolg erzielt wird, wenn die Behandlungen in den vorgeschlagenen zeitlichen Abständen durchgeführt werden.

*Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei Ihrer nächsten Behandlung!*

**ANAMNESE FRAGEBOGEN**

*LIPO - SCULPTING*

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_

Männlich:

Weiblich:

**Kontraindikationen?**

Kryoglobulinämie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
praxysmale Kältehämoglobinurie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Kälteurtikaria	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Metallimplantate (Behandlungszone)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher od. Herzerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leber- od. Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Raynoud's – Krankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung des Hautgefühls	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Verschlusskrankheit Arteriopathie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Keloid oder hypertrophe Narben	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft od. Stillzeit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**ANAMNESE FRAGEBOGEN**

**ULTRASCHALL CAVITATION**

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem Ultraschall Kavitations-Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_

Männlich:

Weiblich:

**Vorerkrankungen?**

Gefäßerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Thrombose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Medizinische Implantate	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leber- od. Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie zur Zeit  
 Medikamente?**

Heparin	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Macumar	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Andere blutgerinnungshemmende Medikamente	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Besteht zur Zeit:** Schwangerschaft od. Stillzeit    Nein     Ja

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Kunde/in

---

---

---

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich mit der Kavitations-Behandlung an folgenden Arealen an meinem Körper einverstanden:

---

Die Behandlung wird ambulant und ohne Lokalanästhesie mit hochfrequentem/gebündelten Ultraschall durchgeführt, wobei Wellen- und Dellenbildungen weitgehend ausgeschlossen sind.

Über eventuelle Risiken wie Verbrennungen, Hämatome und Blutergüsse, etc., wurde ausführlich aufgeklärt.

Fettembolien sind nach dieser Methode nicht bekannt.

Über die Nachbehandlungen bin ich ausführlich aufgeklärt worden. Besondere Erkrankungen, die diesem Eingriff entgegenstehen, sind mir nicht bekannt.

---

Ort/Datum

---

Kunde

---

Behandler/in