

**Einverständniserklärung  
für das Chemical Peeling mit Glykolsäuren**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Hiermit erkläre ich, daß ich ein Chemical Peeling mit Glykolsäuren durchführen lassen möchte. Ich bin durch das Informationsblatt und ein ärztliches Gespräch ausführlich über Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Erfolgchancen, Ablauf und Kosten der Behandlung aufgeklärt worden. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Ich habe alle Medikamente und Kosmetika, die ich verwende, sowie Vorerkrankungen und Operationen angegeben. Ich habe keine weiteren Fragen mehr zur Behandlung.

Ich trage die Kosten der Behandlung, die jeweils vor Sitzung **per EC-Karte** zu entrichten sind.

Ich kann die Behandlung jederzeit beenden. Die Behandlung kann jederzeit nach medizinischem oder persönlichem Ermessen von meinem behandelnden Hautarzt beendet werden. Mir ist bewußt, daß eine Erfolgsgarantie nicht besteht.

Darmstadt, den .....

.....

Patient Priv.-Doz.Dr.med.C.G.Schirren