

HINWEIS ZUR DURCHFÜHRUNG

Vor dem Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** sind die Patienten dafür verantwortlich, ihre Hautpflegeexperten über aktuelle orale Medikamente oder Gesundheitszustände zu informieren.

Die folgenden Bedingungen schließen Patienten von der Durchführung einer **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** Behandlung aus (*soweit nicht anders angegeben):

- Schwangerschaft oder Möglichkeit einer Schwangerschaft
- Stillen
- Aktive Lippenbläschen, Herpes Typ I oder II, oder Warzen im Behandlungsbereich*.
- Verwundete, sonnenverbrannte, überempfindliche Haut
- Vorgeschichte einer Allergie oder Empfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe im **PRODIGY PREP, PRODIGY PEEL, PRODIGY PEEL PRO** und / oder dem **PRODIGY BOOST**
- Allergie gegen Aspirin oder Salicylate
- Allergie gegen Idoxuridin
- Vitiligo
- Vorgeschichte von Autoimmunerkrankungen wie Psoriasis, Lupus, rheumatoide Arthritis, Dermatomyositis, Multiple Sklerose oder andere medizinische Probleme, die das Immunsystem schwächen können.
- Vorgeschichte einer Immunschwächeerkrankung
- Entzündliche Dermatitis-Bedingungen wie Rosazea, seborrhoische Dermatitis, systemischer Lupus erythematodes oder Dermatomyositis.
- Hyperpigmentierung im Zusammenhang mit der vorherigen Verwendung von hydrochinonhaltigen Produkten

VOR DEM EINGRIFF

48 Stunden vor Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL SYSTEM** vermeiden Sie bitte Folgendes:

- Neurotoxin-Behandlungen (z.B. Botox®, Xeomin®, Dysport®, etc.)

*Wenn der Patient eine Vorgeschichte hinsichtlich Gesichtsbälchen / Herpes Typ I oder II hat, sollte eine prophylaktische Behandlung mit einem geeigneten Antivirus (wie Valcyclovir / Valtrex® oder Acyclovir / Zovirax®) durchgeführt werden, und der Patient sollte mit der Einnahme dieses Mittels einen (1) - zwei (2) Tage vor dem chemischen Peeling in den von seinem verschreibenden Arzt empfohlenen Dosis beginnen. Dieses antivirale Mittel sollte für sieben (7) Tage nach dem chemischen Peeling oder nach ärztlicher Anweisung fortgesetzt werden.

Eine (1) Woche vor Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** vermeiden Sie bitte Folgendes:

- Elektrolyse oder Laser-Haarentfernung
- Wachsen
- Enthaarungscremes
- Keine Produkte, die in einer 100-prozentigen Ethylalkoholbasis hergestellt werden, wie beispielsweise ein topisches Antibiotikum von Cleocin® in einer Alkohollösung.
- Peeling Produkte oder Gesichtsbildungen, die irritierend waren, einschließlich Dermaplaning und Mikrodermabrasion.
- Retinoids wie Retin-A® oder Renova®

Einen (1) Monat vor Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** vermeiden Sie bitte Folgendes:

- Chemisches Peeling
- Mikroneedling
- Nicht-ablative Behandlungen der Hautoberfläche
- Einige ablative / invasive Behandlungen (z.B. fraktionierter Laser, etc.)

Sechs (6) Monate vor Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** vermeiden Sie bitte Folgendes:

- Gesichtschirurgie

Ein (1) Jahr vor Erhalt des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** vermeiden Sie bitte Folgendes:

- Accutane® (Isotretinoin) Verwendung
- Chemotherapie oder Strahlentherapie

Bevor ich mein **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** erhalten habe, war ich ehrlich und offen, alle Krankheiten oder Bedenken aufzudecken, die einen Einfluss auf diese Behandlung haben könnten, wie die oben genannten:

_____ Ich stimme der Behandlung von **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** zu.

_____ Die Behandlung des chemischen Peelings wurde mir von meinem Hautpflegeexperten erklärt und alle meine Fragen beantwortet.

_____ Ich bin mir bewusst, dass während und nach dem Eingriff ein gewisses Maß an Unbehagen auftreten kann, wie z. B. Stechen, Kribbeln, Hitze oder Engegefühl

_____ Ich verstehe, dass keine medizinischen Ansprüche, Gewährleistungen oder Garantien mit dieser kosmetischen Behandlung verbunden sind. Die genauen Ergebnisse oder Vorteile des **PRODIGY PEEL SYSTEM** oder des **PRODIGY PEEL PRO SYSTEM** können aufgrund vieler Faktoren nicht garantiert werden

_____ Ich verstehe, dass ich vielleicht ein sichtbares Peeling entstehen kann. Dies hängt vom Verfahren und der behandelten Person ab.

_____ Ich stimme zu, innerhalb von zwei (2) Wochen nach dem chemischen Peeling nicht an der Haut zu ziehen oder an Unreinheiten zu zupfen. Wochen nach dem chemischen Peeling zu entfernen, da dies zu Narbenbildung führen kann.

_____ Ich verstehe, dass Komplikationen manchmal auftreten können, obwohl sie sehr selten sind. In diesem Fall kann eine sofortige Behandlung oder geänderte Anweisungen für die empfohlene Heimpflege erforderlich sein. Wenn ich den Verdacht irgendwelcher Komplikationen oder Bedenken habe, werde ich mich sofort an meinen Hautpflegeexperten wenden oder an denjenigen, der mir als Kontaktperson (Firmenname einfügen) _____ für Anweisungen angegeben wurde.

_____ Ich verstehe und stimme zu, dass direkte oder verlängerte Sonneneinstrahlung ohne Verwendung von **EXTREME PROTECT[®] SPF 30** oder **ECLIPSE SPF 50+** und / oder die Nutzung einer Sonnenbank zu keinem Zeitpunkt empfohlen wird. Darüber hinaus ist während der vier (4) Wochen nach dem chemischen Peeling eine direkte oder längere Sonneneinstrahlung und / oder die Verwendung einer Sonnenbank nicht erlaubt und die tägliche Anwendung von **EXTREME PROTECT SPF 30** oder **ECLIPSE SPF 50+** ist erforderlich.

_____ Ich stimme zu, die von meinem Arzt oder Hautpflegeexperten empfohlene Heimpflege nach dem chemischen Peeling Verfahren zu befolgen, die den Zweck hat, mögliche Nebenwirkungen zu minimieren und Ergebnisse zu maximieren.

Name (bitte in Druckschrift) _____

Datum _____

Unterschrift _____

Hautpflegeexperte (bitte in Druckschrift) _____

Datum _____

Unterschrift des Hautpflegeexperten _____