

**Dr. med. U. Büttiker**

FMH Dermatologie und Venerologie  
Lasermethoden FMCH und SGML  
Venenleiden SGP

Bubenbergplatz 8  
3011 Bern  
031 333 40 40

## Fruchtsäure-Peeling

### Einverständniserklärung/Behandlungsvertrag

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, daß ich die Kosten für die im folgenden näher bezeichnete Behandlung in vollem Umfang übernehmen werde:

Mir ist bekannt, dass die genannte Behandlung **nicht** Bestandteil der Krankenkassen-Versorgung ist. Die Behandlung ist jedoch, wie mein Arzt mir versichert hat, aus ärztlicher Sicht sinnvoll.

Ich bitte daher, die Behandlung bei mir durchzuführen und privat zu liquidieren.

Mir ist bekannt, dass die Krankenkassen nicht verpflichtet sind, einen Anteil von dieser Privatliquidation zu erstatten, es sei denn, dies wurde wegen medizinischer Gründe zuvor beantragt und zugesichert.

.....  
Patient

Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der o.g. Behandlung wurde ich ausführlich und hinreichend aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass nach der Behandlung die folgenden Nebenwirkungen auftreten können: Rötung und Brennen der Haut für mehrere Stunden; vorübergehendes Wundsein der Haut mit Vernarbung; verstärkte Pigmentbildung (selten); Provokation einer Herpes-Infektion (bei bestehender Neigung zu Herpes simplex); vorübergehende Verschlimmerung einer Akne vulgaris, oberflächliche Verätzungen der Haut, die für mehrere Tage anhalten können (sehr selten).

Mir ist bewusst, daß die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen vom Arzt nicht übernommen werden kann und keine Ansprüche auf Abweichungen vom erhofften Resultat (unbefriedigendes ästhetisches Resultat) oder Folgeschäden durch Komplikationen wie z.B. Wundheilungsstörungen bestehen.

Die Patienten-Information „Fruchtsäure-Peeling“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort, .....

.....  
Unterschrift Arzt

.....  
Unterschrift Patient

Wir danke Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.