



---

Patientenaufklärung  
**Ultra-V Hyal-Filler**

# FALTENUNTERSPRITZUNG MIT HYALURONSÄURE

Der Ultra-V Hyal-Filler ist ein mono- und biphasische Gel, das aus reinstem, körpereidentischem Hyaluron besteht. Dieses wird durch ein besonders Verfahren fermentativ mithilfe von Bakterien gewonnen und ist komplett frei von tierischem Eiweiß.

## **Die Vorteile des Ultra-V Hyal-Fillers:**

- geringe Schwellung der Haut
- eine schmerzarme Behandlung
- ein natürliches, exzellentes kosmetisches Ergebnis mit langer Haltbarkeit

Unsere Produkte sind von höchster Reinheit und Qualität und entsprechen dem aktuellen Stand der Forschung. Der Ultra-V Hyal-Filler ist biokompatibel und allergenfrei.

Er überzeugt als hochwertiges Anti-Aging Produkt durch lange Haltbarkeit (6–12 Monate) und wird im Laufe der Zeit natürlich und vollständig vom Körper abgebaut.

## **Die Anwendung in der Praxis**

Nach der Behandlung sollten Sie folgende Dinge im Idealfall vier Tage lang meiden: Sauna, Sonnenlicht und Solarium sowie das Konsumieren von Alkohol. Weiter empfiehlt es sich bei der Anwendung im Gesicht, dieses möglichst ruhig zu belassen und es in den ersten Stunden nicht zu berühren oder zu waschen. Individuelle Hinweise gibt Ihnen Ihr Therapeut oder Ihre Therapeutin.

## **Kontraindikationen und Nebenwirkungen**

Schwangere und stillende Mütter sollten auf die Anwendung mit dem Ultra-V Hyal-Filler verzichten. Gleiches gilt für Menschen, die überempfindlich auf einen der Inhaltsstoffe reagieren, die an den zu behandelnden Stellen Entzündungen oder Infektionen zeigen, die unter hypertropher Narbenbildung leiden oder sich einer Behandlung mit Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmern unterziehen. Das Mindestalter liegt bei 18 Jahren.

## **Die Filler von Ultra-V sind in der Regel sehr gut verträglich.**

Die Nebenwirkungen, die auftreten können, bestehen vor allem in leichten Schwellungen der Haut, Hämatomen, leichten Schmerzen oder Jucken. Falls es zu einer entzündlichen Infektion kommen sollte, muss unbedingt und unverzüglich der behandelnde Therapeut beziehungsweise die Therapeutin konsultiert werden. Gleiches gilt für andere unerwartete Nebenwirkungen.

# UNSER FRAGEBOGEN FÜR DIE ANWENDUNG DER FILLER VON ULTRA-V

Sind Sie bereits im Rahmen der ästhetischen Medizin behandelt worden –  
zum Beispiel mit einem Fadenlifting, Botulinumtoxin oder einem Filler? JA NEIN

○

○

Traten bei dabei Schwierigkeiten auf? Wenn ja, welche waren das?

---

Welche Präparate wurden eingesetzt:

## Leiden Sie unter ...

	JA	NEIN
• einem Hang Ihrer Haut zu verstärkter Narbenbildung?	○	○
• Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Herpesinfektionen oder HIV?	○	○
• Stoffwechselstörungen wie Diabetes oder Fehlfunktionen der Schilddrüse?	○	○
• Hauterkrankungen wie Rosacea, Psoriasis oder Neurodermitis?	○	○
• einem Hang Ihrer Haut zu Pigmentstörungen?	○	○
• Krampfanfällen, Depressionen oder anderen Nerven- oder Gemütsleiden?	○	○
• Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie zum Beispiel einem zu hohen Blutdruck, einem Herzinfarkt oder Angina pectoris?	○	○
• einer Autoimmunkrankheit wie zum Beispiel Rheuma?	○	○
• häufig vorkommendem Nasenbluten oder Blutergüssen auch nach nur leichten Berührungen?	○	○
• Allergien wie Asthma oder Heuschnupfen?	○	○
• einer Überempfindlichkeit gegenüber Hyaluronsäure, Medikamenten, Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Pflastern oder Latex?	○	○

Haben Sie schon einmal eine Thrombose oder eine Embolie  
wie zum Beispiel einen Schlaganfall erlitten?

Sind Sie schwanger? ○ ○

Rauchen Sie? ○ ○

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Dazu gehören z. B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel,  
Hormone oder gerinnungshemmende Mittel und andere

○

○

Welche Medikamente sind das:

---

Hiermit bestätige ich, dass ich richtige und vollständige Angaben gemacht habe:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG MIT DEN FILLERN VON ULTRA-V

\_\_\_\_\_  
Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Nachname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Erreichbar unter (Telefon / E-Mail)

Im gründlich geführten Informationsgespräch wurden Art, Inhalt, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie die Chancen für einen Erfolg der Anwendung der Filler von Ultra-V erläutert. Dabei wurde auch auf mögliche alternative Behandlungsmethoden hingewiesen und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Dazu habe ich die Patientenaufklärung gelesen und auch verstanden. Um meine Entscheidung zu treffen wurde mir ausreichend Zeit eingeräumt.

Und: Mir ist bewusst, dass es unter Umständen notwendig ist, die Behandlung mehrfach durchzuführen, damit sich der gewünschte Erfolg einstellt. Eine Garantie für den Erfolg der Anwendung von Filler Ultra-V es nicht – auch das ist mir bekannt.

Hiermit erkläre ich, dass ich mich mit Fillern von Ultra-V behandeln lassen will.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

