

Anamnese für die dauerhafte Haarentfernung mit dem Diodenlaser



Name _____

Anschrift _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geboren am _____

Zu behandelnde Körperpartien

Gesicht		Körper / Rumpf		Arme / Beine	
<input type="checkbox"/> Gesicht komplett	<input type="checkbox"/> Kinn	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Oberarme	<input type="checkbox"/> Oberschenkel
<input type="checkbox"/> Stirn / Schläfen	<input type="checkbox"/> Bartkontur	<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Bikinizone	<input type="checkbox"/> Unterarme	<input type="checkbox"/> Unterschenkel
<input type="checkbox"/> Augenbrauen	<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Dekolleté	<input type="checkbox"/> Intimbereich	<input type="checkbox"/> Achseln	<input type="checkbox"/> Füße
<input type="checkbox"/> Wangen	<input type="checkbox"/> Nasenlöcher	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Gesäß	<input type="checkbox"/> Schultern	<input type="checkbox"/> Zehen
<input type="checkbox"/> Oberlippe	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Brustwarzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Hände	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
		<input type="checkbox"/> Bauch			

Ausgangssituation

Hauttyp nach Fitzpatrick	Bei Epilation: Haarfarbe	Haarwuchs	Stärke der Haare
<input type="checkbox"/> I (sehr hell)	<input type="checkbox"/> hell / blond	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> fein
<input type="checkbox"/> II (hell)	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel
<input type="checkbox"/> III (mittel)	<input type="checkbox"/> braun	<input type="checkbox"/> dicht	<input type="checkbox"/> kräftig
<input type="checkbox"/> IV (dunkel)	<input type="checkbox"/> schwarz		
<input type="checkbox"/> V/VI (dunkel – sehr dunkel)	<input type="checkbox"/> grau / weiß		

Bestimmung Hauttyp nach Fitzpatrick



Hauttyp	1 keltischer Typ	2 nordischer Typ	3 europäischer Typ	4 mediterran-hell	5 mediterran-dunkel	6 negroider Typ
Hautfarbe	sehr hell	hell	mittel	bräunlich-oliv	hellbraun-braun	dunkelbraun-schwarz
Sonnenbrand	sehr häufig	häufig	manchmal	eher selten	kaum	nie
Bräunung	keine, eher Sommersprossen	langsam-minimal	langsam-hellbraun	schnell-mittelbraun	schnell-dunkelbraun	-

Allgemeine Informationen für die Behandlung

Hatten Sie schon einmal eine ästhetische Behandlung? Wenn ja, wie lange ist diese Behandlung her?	Wann war Ihre letzte Epilation im Behandlungsareal?	Waren Sie in den letzten 2 Wochen Sonneneinstrahlung ausgesetzt oder auf der Sonnenbank?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Laser: <input type="checkbox"/> Blitzlampe: <input type="checkbox"/> Radiofrequenz: <input type="checkbox"/> akustischer Ultraschall: <input type="checkbox"/> Filler: <input type="checkbox"/> Fäden: <input type="checkbox"/> Botulinumtoxin: <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Hals: <input type="checkbox"/> Nacken: <input type="checkbox"/> Dekolleté: <input type="checkbox"/> Brust / Brustwarzen: <input type="checkbox"/> Bauch: <input type="checkbox"/> Rücken: <input type="checkbox"/> Bikinizone / Intimbereich: <input type="checkbox"/> Gesäß: <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Informationen für die Behandlung

Allergien /Medikamente/ Erkrankungen / Hautzustand

Leiden Sie an einer Allergie? Wenn ja, wogegen:

- Nein** | **Ja:** Kosmetika
 Medikamente
 Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche (auch gelegentliche Einnahme):

- Nein** | **Ja:** Aspirin C Retinoide Marcumar Andere Gerinnungshemmer
 Antibiotika Kortison Hydrochinon Johanniskraut
 Antidepressiva Hormone Steroide Sonstige:

Treffen / trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu?

- Nein** | **Ja:** Leiden Sie an Diabetes?
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 Besteht eine Herz-Kreislaufkrankung, z.B. ein Herzfehler oder Bluthochdruck?
 Leiden Sie an Neurodermitis?
 Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung?
 Haben Sie Tätowierungen oder Permanent Make-up? Wenn ja, wo? _____
 Befinden sich in der Stillzeit?
 Neigen Sie zu dunkleren oder helleren Hautverfärbungen?
 Sind Sie anfällig für Herpes? Wenn ja, wann zuletzt akut? _____
 Gehen Sie regelmäßig ins Solarium? Wann zuletzt? _____
 Sind Sie besonders lichtempfindlich oder haben Sie eine Sonnenallergie?
 Leiden Sie unter Krampfadern?
 Leiden Sie unter geschwollenen Beinen?
 Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie zurzeit regelmäßig Salben, Medikamente oder homöopathische Mittel zur Behandlung von:

- Nein** | **Ja:** Herpes Simplex Psoriasis Akne Andere:
 Herpes genitales Neurodermitis Infektionen im Intimbereich

Haben Sie an den zu behandelnden Stellen Hautveränderungen?

- Nein** | **Ja**

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder entstehen leicht blaue Flecken?

- Nein** | **Ja**

Ort / Datum:

Unterschrift der zu behandelnden Person / gesetzl. Vertreters

Stempel / Unterschrift der Behandlerin / des Behandlers

Aufklärungsbogen zur Behandlung*

Daten zu behandelnde Person

Institut / Praxis

Laser-Haarentfernung

- Beine: Oberschenkel / Unterschenkel
- Brust / Rücken / Bikini-Zone
- Arme: Achseln / Schultern / Unterarme
- Hypertrichose / Hirsutismus
- Sonstiges:

Liebe Kundin / Patientin, lieber Kunde / Patient,

Sie möchten störende Behaarung im Gesicht oder am Körper mit dem Laser dauerhaft entfernen lassen. Es ist die Pflicht Ihrer Behandlerin / Ihres Behandlers, Sie über die bevorstehende Behandlung aufzuklären. Es werden Methode, Risiken, Nebenwirkungen und Erfolgsaussichten der Laserbehandlung besprochen. Bitte lesen Sie diese Information aufmerksam durch und besprechen Sie eventuelle Rückfragen mit Ihrer Behandlerin / Ihrem Behandler.

Die dauerhafte Haarentfernung mit dem Laser

Wie funktioniert die Laserbehandlung zur Haarentfernung?

Bei der Laserbehandlung zur Haarentfernung durchdringt ein intensiver Laserstrahl die Haut mit hoher Energie und wirkt gezielt in der Haarwurzel. Dort sitzt der Farbstoff Melanin, der die Energie des Lasers absorbiert. Die Haarwurzel wird durch die Laserenergie erhitzt und zuverlässig zerstört, nach einiger Zeit fällt das Haar aus. Die Hautoberfläche und das umliegende Gewebe werden geschont, da die Melanin-Konzentration selbst bei dunkleren Hauttypen in der Haarwurzel deutlich höher ist als in der übrigen Haut, und die Energie nur im Melanin wirkt. Sowohl feine als auch dicke, hellere und dunkle, oberflächlich oder tiefliegende Haare lassen sich mit der Laserbehandlung erfolgreich entfernen.

Wie wird die Laserhaarentfernung durchgeführt?

Die Laserbehandlung erfolgt ambulant in Ihrer Praxis / Ihrem Institut. Ggf. wird vor der eigentlichen Behandlung eine Probe-Behandlung auf einem kleinen Areal durchgeführt. Eine lokale Betäubung oder Narkose sind nicht notwendig. Während der Behandlung wird die Hautoberfläche gekühlt, ggf. kann zur Desensibilisierung auch vorgekühlt werden.

Wie fühlt sich die Laserbehandlung zur Haarentfernung an?

Die Laserhaarentfernung verursacht ein geringes Wärmegefühl und kann bei empfindlicher Haut ein leichtes Stechen in der Haut hervorrufen. Eine Hautkühlung mindert diese Begleiterscheinungen erheblich und erhöht den Komfort.

Wann sollte auf eine Laserbehandlung zur Haarentfernung verzichtet werden?

Sonnen- und solariumgebräunte Haut sollte nicht mit dem Laser behandelt werden, da sie sensibler auf das Licht reagiert. Nicht empfohlen wird eine Laserhaarentfernung zudem für Personen mit sehr hellem oder weißem Haar, bei Neigung zu abnormer Narbenbildung sowie bei Neigung zu dunkleren oder helleren Hautverfärbungen (Hyper- oder Hypopigmentierungen) sowie den u. a. Kontraindikationen.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Sicherheitsanamnese – Kontraindikationen für die Laserbehandlung:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Besteht eine Vorerkrankung bzgl. Krebs, insbesondere Hautkrebs? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nehmen Sie Medikamente oder Kräuter ein, die zu erhöhter Lichtempfindlichkeit führen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an Krankheiten, die durch erhöhte Lichtexposition stimuliert oder durch Laserlicht provoziert werden können? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie in den letzten 3-4 Wochen längere Sonnenbäder oder Solariumbesuche? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Besteht eine akute Herpes simplex Infektion im Behandlungsbereich? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Besteht eine Vorgeschichte mit abnormer (keloider) Narbenbildung, bspw. nach Laserbehandlungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an unkontrolliertem Diabetes? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an trockener, brüchiger Haut? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an hormonellen Störungen, die durch starkes Licht angeregt werden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nehmen Sie Antikoagulantien ein, bspw. Aufgrund von Thrombosen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ist bei Ihnen eine Vorgeschichte mit Koagulopathien bekannt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leiden Sie an Epilepsie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie ein Tattoo oder Permanent Make-up im Behandlungsareal? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Sonstiges (durch die Behandlerin / den Behandler zu ergänzen)

Übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Laserbehandlung zur Haarentfernung?

In der Regel übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die Laserhaarentfernung nicht, es gibt jedoch Ausnahmefälle. Ihre Behandlerin / Ihr Behandler wird Sie hierzu genauer beraten.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Welche Komplikationen oder Nebenwirkungen sind möglich, welche Risiken bestehen?

Nach der Laser-Haarentfernung kann die Haut insbesondere bei empfindlichen Hauttypen spannen sowie rund um den Haarschaft etwas gerötet sein und anschwellen. Diese Symptome klingen nach ca. 3 bis 5 Stunden ab. Pigmentierte Hautveränderungen (Lentiginos Solares u.a.) und Sommersprossen können verblassen oder verschwinden. Bei unsachgemäßem Gebrauch kann der Laser zur Blasenbildung wie bei einem starken Sonnenbrand führen, ggf. mit anschließender Narbenbildung. Im Falle einer Herpesneigung kann die Bläschenbildung angeregt werden. Selten können Hyper- oder Hypopigmentierungen auftreten. Vereinzelt wurden Weißhaarigkeit auf den behandelten Arealen sowie für wenige Wochen verstärkte Schweißbildung und Körpergeruch beobachtet.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Worauf ist bei der Laserbehandlung zur Haarentfernung zu achten?

Vor der Behandlung: Vor der Behandlung sollte für etwa zwei Wochen auf Sonnenbäder und Solarium verzichtet werden. Ist dies unvermeidbar, sollte eine Sonnenschutzcreme mit hohem Lichtschutzfaktor aufgetragen werden. Zudem sollten die Haare an den behandelten Arealen etwa einen Monat vor der Laserbehandlung nicht gebleicht, gezupft, gewachst oder epiliiert werden. Das Behandlungsareal sollte am Vortag oder Tag der Behandlung rasiert werden. Kosmetika sind vor der Behandlung gründlich zu entfernen. Ggf. ist eine Herpesprophylaxe erforderlich.

Während der Behandlung: Während der Behandlung ist eine geeignete Schutzbrille zu tragen. Eine Kontaktkühlung oder eine Kühlung durch Kaltluft desensibilisieren die Haut und erhöhen den Komfort.

Nach der Behandlung: Die behandelten Areale können ca. 15 Minuten mit Kühlpads oder einer Luftkühlung nachgekühlt werden. Bei akut gereizter Haut kann eine beruhigende Salbe aufgetragen werden. Verzichten Sie vier bis sechs Wochen auf das Auszupfen, Wachsen oder chemische Entfernen von Haaren sowie auf Sonnenbäder und den Besuch von Solarien. Ist Sonnenbestrahlung unvermeidbar, verwenden Sie einen Sonnenschutz mit möglichst hohem Lichtschutzfaktor. Ggf. ist die Herpesprophylaxe fortzusetzen. Kosmetika und Feuchtigkeitscremes können wenige Stunden nach der Behandlung wieder verwendet werden.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Mit welchen Ergebnissen ist bei der Laser-Haarentfernung zu rechnen?

Die Lichtbehandlung schädigt die Haarwurzel dauerhaft und reduziert das Haarwachstum für lange Zeit um ca. 80 %. Nachwachsende Haare sind deutlich feiner, dünner und unauffälliger. Empfehlenswert ist 1-2 mal pro Jahr eine Auffrischungsbehandlung durchzuführen.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Welche alternativen Behandlungsmethoden gibt es?

Es stehen sehr unterschiedliche alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung, darunter Enthaarungscremes oder Wachs, Rasierer und Epiliergeräte, welche die Haare jedoch nur oberflächlich und damit kurzfristig entfernen. Elektro- oder Thermolyse erzielen längerfristige Ergebnisse, sind jedoch sehr zeitaufwändig, kostenintensiv und oft schmerzhaft. Auch einige Blitzlampensysteme eignen sich zur dauerhaften Haarentfernung. Ihre Behandlerin / ihr Behandler empfiehlt Ihnen die Laserhaarentfernung, da mit überschaubarem zeitlichem Aufwand in einem hautschonenden Verfahren ein sehr gutes, langanhaltendes Ergebnis erzielt werden kann.

Ergänzende Angaben der Behandlerin / des Behandlers

Einverständniserklärung

Nach der Aufklärung fühle ich mich informiert über die Methode der dauerhaften Haarentfernung mit dem Laser, ihre Kosten, Risiken und mögliche unerwünschte Wirkungen, Erfolgsaussichten und alternative Behandlungsverfahren. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle für mich relevanten Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Bedenkzeit. Nach reiflicher Überlegung willige ich in die vorgesehene Behandlung einschließlich aller damit zusammenhängenden erforderlichen Neben- und Folgeeingriffe ein.

Ort / Datum:

Unterschrift der zu behandelnden Person / gesetzl. Vertreters

Stempel / Unterschrift der Behandlerin / des Behandlers

* Dies ist ein unverbindliches Muster für Gespräche zur Patienten- / Kundenaufklärung. Die Alma Lasers GmbH übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Dieses Dokument muss durch die Behandlerin / den Behandler im Gespräch mit der individuellen zu behandelnden Person angepasst werden. Dieses Muster ist nicht rechtsverbindlich und ersetzt kein individuelles Aufklärungsgespräch zwischen Behandlerin / Behandler und der zu behandelnden Person.

Behandlungsdokumentation:

Dauerhafte Haarentfernung

1. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

2. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

3. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

4. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

5. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

6. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____



7. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

8. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

9. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

10. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

11. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____

12. Behandlung

Datum: _____
 Areal: _____
 Hauttyp: _____
 Handstück: Compact Speed Alex
 Trio 2 cm² Trio 4 cm²

Behandlungsmodus	Einstellungen / Parameter
<input type="radio"/> In-Motion	Fluence (Energiedichte): _____ J/cm ²
<input type="radio"/> Stacking (Anzahl Pulse):	Energy (Energie): _____ kJ
<input type="radio"/> Facial Tip	Grid Size (Rasterfläche): _____ cm ²
Anzahl der Durchgänge: _____	

Abschließende Bemerkung: _____