

Einverständniserklärung

Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und werden von mir vertraulich behandelt.

Vorname	Name
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Handy
E-Mail	Geburtsdatum

Wie haben Sie mich entdeckt oder wer (bitte Namen angeben) hat Sie empfohlen? _____

Die Kundin versichert, dass Sie zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist, keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert hat. Folgende Gesundheitsfragen sind maßgebend und im Zweifelsfall empfehle ich einen Arzt um Rat zu fragen.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluter oder blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV oder Hepatitis C Infiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehmen Sie Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiker (gegen was)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmunkrankheit (Diabetes, Rheuma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind sie schwanger / stillen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemisches Peeling/Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Simplex (Lippenbläschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterspritzungen (Botox, Hyaloron, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wimpernextensions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges		

Haben Sie bereits Erfahrung Permanent Make-up? ja nein

<input type="checkbox"/> Lippen	vor _____ Jahren	<input type="checkbox"/> Augenbrauen	vor _____ Jahren
<input type="checkbox"/> Lidstriche	vor _____ Jahren	<input type="checkbox"/> Camouflage (Narben)	vor _____ Jahren

Möchten Sie etwas an Ihrem bestehenden Permanent Make-up ändern?

Dürfen evtl. Behandlungsfotos für Marketingzwecke verwendet werden?

ja wenn ja, nur Teilaufnahme Kompletttaufnahmen auch Internet

nein

Hiermit bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit meiner Angaben. Über den Behandlungsablauf und eventuelle Risiken wurde ich ausreichend informiert und habe die Einverständniserklärung genau und vollständig gelesen. Soweit ich Fragen hatte, wurden mir diese hinreichend beantwortet. Ich bin über die Kosten informiert und mit der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____