

Einverständniserklärung für Permanent Make up

Sehr geehrter Kunde, bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus. Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen. Vor jeder weiteren Behandlung wird Ihnen diese Einverständniserklärung zur Kontrolle und Unterzeichnungen vorgelegt.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ Ort _____

Mobil _____ Tel _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Folgende Gesundheitsfragen sind maßgebend, bitte Zutreffendes ankreuzen.

- HIV-positiv _____
- Einnahme von Medikamenten _____
- Diabetes _____
- Laser / chemisches Peeling _____
- Hepatitis _____
- Herpes Simplex (Fieberblasen) _____
- Allergiker (gegen was) _____
- Sind Sie schwanger, stillen Sie _____
- Blutverdünnende Mittel _____
- Chronische Akute Erkrankungen _____
- Chemotherapie (Krebs) _____
- Geschlechtserkrankungen _____
- Fieberhafte Infekte _____
- Hautirritationen / Hautkrankheiten _____
- Herzschrittmacher _____
- Verwenden Sie eine Retin A / Schälkur _____
- Epileptiker _____
- Immunschwäche / Autoimmunkrankheiten _____

Folgende Fragen sind maßgebend, bitte mit ja oder nein beantworten.

Der Kunde versichert, dass er

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert hat | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| keine blutverdünnende Mittel wie zB Aspirin genommen hat | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| keine Hautanomalien, die den Heilungsverlauf stören könnten, hat | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| bei Verletzungen eine normale Hautverheilung hat (keine Rötungen, Schwellungen) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| zum Zeitpunkt der Behandlung keine Periode hat (ansonsten eventuell schmerzempfindlicher) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| einen Allergie-Test wünscht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Kundeninformation

1. Die Haltbarkeit einer Permanent Make-up Zeichnung hängt von der Hautbeschaffenheit und vom Hautstoffwechsel eines jeden Einzelnen ab. Eine Haltbarkeits- und Verblässungsgarantie kann deshalb nicht gegeben werden. Die Haltbarkeit ist abhängig von den gegebenen Einflüssen: Hautbeschaffenheit, richtige Nachbehandlungspflege des Kunden, sowie die Farbauswahl/Intensität. Unerwünschte Farbveränderungen können nicht ausgeschlossen werden.
2. Nach der Behandlung wird die pigmentierte Stelle intensiver erscheinen und es kann zu Schwellungen, Rötungen, Verkrustungen und Spannungsgefühlen kommen. Dies kann bis zu 1-2 Tage anhalten. Bitte kühlen Sie die behandelten Stellen regelmäßig. Bitte nach der Behandlung ca. 2 Wochen lang die Pflegehinweise beachten. Bei einer Lippenbehandlung können Träger des Herpes Simplex Virus mit einem Ausbruch rechnen. Wir empfehlen die Verwendung eines geeigneten verschreibungspflichtigen Herpes Präparates. Eine Lippenpigmentierung kann nach Ausbruch eines Herpes Simplex Virus unregelmäßig sein, was auf Vernarbung in den Hautschichten in der Abheilung zurückzuführen ist. Das Ergebnis der Behandlung wird erst nach der vollständigen Abheilung sichtbar, dies dauert ca. 2-4 Wochen. Da jeder Einzelne einen anderen Heilungsprozess / Stoffwechsel hat, können eine oder mehrere weitere Nachbehandlungen notwendig sein. In Einzelfällen kann trotz mehreren Nachbehandlungen kein gewünschtes Ergebnis erzielt werden, da manchmal die Haut die Farbpigmente nicht gleichmäßig oder gar nicht aufnimmt. In seltenen Fällen kann die Farbe auslaufen. Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann deshalb nicht gegeben werden.
3. Die pigmentierten Stellen bitte vor intensiven UV-Strahlen (zB. Solarium Sitzungen) schützen und Balsam oder Creme mit Lichtschutzfaktor verwenden. Außerdem in den ersten zwei Wochen hohe Luftfeuchtigkeit (zB. Saunabesuch) vermeiden.
4. Wenn bereits ein älteres Permanent Make-up besteht und eine Korrektur oder Nacharbeit durch uns durchgeführt wird, wird darauf hingewiesen, dass es möglich ist, dass die tiefer liegende oder ältere Farbe nach gewisser Zeit wieder zum Vorschein kommen kann, bzw. aufgrund chemischer Zusammensetzung farblich dominiert. Es kann somit keine Garantie für den Behandlungserfolg übernommen werden.
5. In seltenen Fällen kann sich die Stelle mit dem Permanent Make-up während einer MRT-Untersuchung erwärmen. Falls dies zutrifft, kann ein schwächeres Magnetfeld eingesetzt und die Untersuchung fortgesetzt werden.
6. In seltenen Fällen können allergische oder allergieähnliche Reaktionen (Granulome, bleibende Hautveränderungen, Trockenheit, Pigmentstörungen, Empfindlichkeit, Schwellung, Schuppung) oder Hautreizungen als Reaktion auf die Farbpigmente auftreten. Für die Verträglichkeit der Farbpigmente kann daher keine Garantie gegeben werden.
7. Die Entfernung von einem Permanent Make-up ist nur mit modernsten Lasertechniken durch einen spezialisierten Facharzt möglich. Das Entfernen von weißen Farbpigmenten ist nicht möglich, eine Garantie für eine vollständige Entfernung kann nicht gegeben werden.
8. Eine Permanent Make-up Zeichnung kann bei Erreichen der Volljährigkeit oder ab dem 16. Lebensjahr mit Unterschrift des Erziehungsberechtigten erfolgen.
9. Das Anästhetikum wurde vom Kunden besorgt und aufgetragen.
10. Bei jeder Folgebehandlung bitte erneut unterschreiben.



Ich bestätige,
dass ich diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe sowie die Pflegehinweise erhalten habe und deren Anweisungen befolgen werde. Farbauswahl und Form wurden eingehend besprochen und mit mir festgelegt. Ich bin mit der Permanent Make-up Behandlung einverstanden und wurde über Ablauf, etwaige Risiken als vollständig aufgeklärt. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.

Gerichtsstand gilt in _____ als vereinbart.

Ort: _____ am: _____

Name bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen.

Unterschrift des Kunden:

Unterschrift Stylist:

NAME: _____

NAME: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____

Unterschrift: _____

am: _____