

Vorname, Nachname, Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort	
Tel.Nr.:	Email:

Um die vom Kunden gewählte Behandlung sicher auszuführen, übermittelt der Kunde Informationen indem er/sie die entsprechende Felder wahrheitsgemäss ankreuzt. Falls der Kunde es für notwendig hält zusätzliche Informationen über bestehende Krankheiten zu geben, so tut er/sie das mündlich oder auf zusätzlichen Seiten.

<i>Krankheiten oder verabreichte Medikamente ab Ausfülltag dieser Einverständniserklärung</i>	<i>Falls JA, was, welche, seit wann?</i>	<i>NEIN Bei Zutreffen, bitte ankreuzen</i>
Hämophilie		<input type="radio"/>
Diabetes mellitus		<input type="radio"/>
HIV , Hepatitis A, B, C, D, E, F		<input type="radio"/>
Autoimmunkrankheiten, Epilepsie		<input type="radio"/>
Hautkrankheiten, Ekzeme		<input type="radio"/>
Allergien ?		<input type="radio"/>
Ansteckende Krankheiten		<input type="radio"/>
Sind Sie anfällig für Herpes?		<input type="radio"/>
Monatsblutung am Behandlungstag (erhöhte Schmerzempfindlichkeit und örtliche Schwellung sind bei Behandlungen direkt vor oder während der ersten Tage der Monatsblutung möglich)		<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf Probleme oder Herzschrittmacher?		<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (Antikoagulantien)?		<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?		<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="radio"/>
Haben Sie Problem mit Wundheilung?		<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen konsumiert?		<input type="radio"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation bei der Sie radioaktiver Strahlung ausgesetzt waren? Oder einen anderen medizinischen Eingriff?		<input type="radio"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation oder stationäre medizinische Behandlung?		<input type="radio"/>
Andere Probleme: kürzlich ausgeführtes, chemisches Peeling, andere Behandlungen (Filler/Botox), Gesichtschirurgie, Hautempfindlichkeit bei mechanischer Reizung etc		<input type="radio"/>
Schmerzempfindlichkeit oder Angst vor Nadeln		<input type="radio"/>

Der Kunde **bestätigt** hiermit, dass er/sie eine Permanent Make-Up **Entfernungsbehandlung** haben möchte bei der, in Übereinstimmung mit den vom autorisierten Institut eingesetzten Verfahren und den nationalen Standards (Hygiene etc.) ein spezielles Mittel (Fruchtsäure) in die Gesichtshaut eingebracht wird, um die Betonung der Augenbrauenform, Augen oder Lippen oder ein Tattoo zu entfernen.

Zusicherungen des Kunden - Der Kunde bestätigt hiermit:

1. Die Fachkraft hat den Kunden vor der Unterschrift über den Hintergrund der Behandlungsmethode, die Art der Behandlung, die Ziele und Notwendigkeiten, erwartete Ergebnisse der Behandlung, den Fortschritt der Behandlung, die Anzahl und Frequenz der Behandlungen, die Risiken und möglichen Komplikationen in Bezug auf die Behandlung, die weitere Behandlung der Gesichtspartien, die während der Behandlung verletzt werden, sowie die anzuwendenden Maßnahmen, die Nadlen und anderen Materialien die genutzt werden, informiert, alle Fragen des Kunden beantwortet und auf Verlangen des Kunden, alle Aspekte der Behandlung, die dem Kunden Sorge bereiten, erklärt. Der Kunde hat die Bedingungen / Richtlinien für die Ausführung der Behandlung gelesen.
2. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, hat ein Meister dieser Behandlungsform den Kunden auf mögliche Probleme und Krankheiten hingewiesen, die die Ausführung der Behandlung nicht ratsam machen. Der Kunde leidet nicht an Hämophilie, Diabetis Mellitus, Hepatitis, HIV und/oder anderen ansteckenden Krankheiten und ist nicht schwanger. Der Kunde ist sich darüber im Klaren, dass jeder dieser Zustände eine Ausführung der Behandlung verhindert. Der Kunde nimmt keine Blutverdünner ein (Aspirin, Hjertemagnylis, Orpharin, regelmäßig eingenommene, entzündungshemmende Medikamente).
3. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, informiert der Kunde die Fachkraft über vergangene Krankheiten und ihre medikamentöse Behandlung um ihren Einfluss auf die Behandlung einschätzen zu können.
4. Der Kunde hat 24 Stunden vor der Behandlung weder Alkohol noch süchtig-machende Substanzen oder Stimulatoren zu sich genommen und wurde darüber informiert dieses auch in den 24 Stunden nach der Behandlung nicht zu tun.
5. Der Kunde versteht, dass er/sie Schmerzen empfinden wird, die durch Vereisung oder dem Auftragen einer speziellen Betäubungscreme örtlich reduziert werden können.
6. Der Kunde versteht, dass während oder nach der Behandlung Folgendes eintreten kann: eine Schwellung, eine Erhöhung des Blutdrucks, eine Rötung, eine Reizung, Schmerzen, ein Juckreiz, Trockenheit, eine allergische Reaktion oder Schorfbildung. All diese möglichen Folgeerscheinungen verschwinden mit der Zeit. Der Kunde ist darauf hingewiesen worden wie er/sie sich nach der Behandlung verhalten soll, in welchem Zeitraum die Nebenwirkungen verschwinden sollten und wie er/sie die Behandlung mit anderen kosmetischen Behandlungen und Produkten abstimmt.
7. Der Kunde versteht, dass das medizinische Risiko dieser Behandlung sich mit einer viralen, bakteriellen oder Pilzkrankheit anzustecken sehr ungewöhnlich ist, ebenso wie die Verletzung von Blutgefäßen und Nerven, allergische Reaktionen, Narben und das Wiederauftreten von Krankheiten an denen der Kunde leidet.
8. Der Kunde versteht, dass die Behandlung die Haut verletzt. Daher ist die angemessene Nachsorge der Haut notwendig um die komplikationslose Heilung der Haut sicherzustellen. Die unangemessene Hautpflege kann zu unangemessenen Behandlungsergebnissen führen. Weder die Fachkraft noch das Institut übernehmen für solche Ergebnisse die Haftung.
9. Der Kunde hat das uneingeschränkte Recht selber die Behandlung zu beauftragen und durchführen zu lassen, es sind keine Einverständniserklärungen anderer erforderlich. Der Kunde beauftragt die Ausführung der Behandlung freiwillig und nach Abschätzung aller Umstände.
10. Vorher/Nacher Bilder dürfen Anonym von Institut genutzt und auf die Webseite geladen werden. Falls der Kunde das nicht wünscht, hat er dies ausdrücklich zu melden.
11. Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung hat der Kunde den Wortlaut dieser Einverständniserklärung durchgesehen, die Gelegenheit gehabt ihn mit eigens ausgewählten Personen durchzusprechen, darüber nachzudenken und zu bewerten. Der Kunde versteht den Wortlaut und den Sinn dieses Dokuments und ist mit den Regelungen einverstanden. Der Kunde gibt sein Einverständnis zur Durchführung der Behandlung und bestätigt das durch seine Unterschrift auf diesem Dokument. Der Kunde versteht, dass er/sie im Falle von irgendwelchen Fragen, er/sie sich an die Fachkraft wenden soll. Dieses Dokument gilt gleichzeitig als Dienstleistungsausweis.
12. Die Fachkraft / das Institut: Garantiert, dass die Behandlung in Übereinstimmung mit den Hygieneanforderungen und anderen rechtlichen Bestimmungen des Landes ausgeführt wird, in dem die Behandlung stattfindet. Garantiert die Vertraulichkeit der Kundeninformation und die Sicherheit der persönlichen Daten, sodass keine erhaltene Information an Dritte weitergegeben werden darf.

Unterschrift des Kunden das Datum der Durchführung der Behandlung:	Unterschrift der Fachkraft, das Datum der ersten Behandlung:

Bemerkungen: _____