Andrea Scheubrein
Aldersbachergasse 4 3500
krems

Einverständniserklärung Permanent Make-Up (Kundin/Kunde)

Name: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Eine Permanent Make-Up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Permanent Make-Up´s.

Die(der) oben genannte Kundin(e) unterzieht sich einer Permanent Make-Up Behandlung

○ **Lippen** ○ **Augenbrauen** ○ **Augenlider**

Der Preis für die Erstbehandlung beträgt EUR _____. (Nachbehandlungen sind **nicht** im Preis inkludiert)

Jede weitere Behandlung beträgt EUR € 130. (Bedenken Sie, dass in seltenen Fällen bis zu 3 Behandlungen notwendig sein können)

Besondere Hinweise:

- Permanent Make-Up hält mehrere Jahre
- In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis.
- Je nach Beschaffenheit der Haut ist oft ein mehrmaliges Nacharbeiten notwendig.
- Bei und nach der Pigmentierung kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen und/oder Rötungen kommen. Diese klingen meist nach kurzer Zeit wieder ab.
- Bis zum vierten Tag nach der Behandlung dürfen die behandelten Partien nur sorgsam mit milden Pflegeprodukten in Berührung kommen.
- Der Kunde wird aufgefordert in den nächsten Tagen Folgendes zu unterlassen: Übermäßige UV-Bestrahlung, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste

Vor der Pigmentierung wurde der/dem Kundin/en das Permanent Make-Up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:

○ JA ○ NEIN

Dem Kunden wurde das ungefähre Ergebnis demonstriert:

○ JA ○ NEIN

Fotos und Videos dürfen für socialmedia verwendet werden? ○ Ja ○ Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

			Anmerkung
Hämophilie (Bluterkrankheit)	○ JA	○ NEIN	_____
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	○ JA	○ NEIN	_____
Hepatitis A, B, C, D, E, F	○ JA	○ NEIN	_____
HIV-Infektion	○ JA	○ NEIN	_____
Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?)	○ JA	○ NEIN	_____
Ekzeme	○ JA	○ NEIN	_____
Allergien (wenn ja, welche?)	○ JA	○ NEIN	_____
Angeborene Immundefizienerkrankungen (wenn ja, welche?)	○ JA	○ NEIN	_____
Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente, z.B. nach Organtransplantationen)	○ JA	○ NEIN	_____
Autoimmunerkrankungen	○ JA	○ NEIN	_____
Blutverdünnungstherapie	○ JA	○ NEIN	_____
Geschlechtskrankheiten	○ JA	○ NEIN	_____
akuter fieberhafter Infekt	○ JA	○ NEIN	_____
andere chronische oder akute Erkrankungen	○ JA	○ NEIN	_____
Liegt eine Schwangerschaft vor?	○ JA	○ NEIN	_____

Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

- Ich bin darüber informiert worden, dass durch Permanent Make-Up bei Magnetresonanzuntersuchungen in den kommenden Jahren Reaktionen möglich sind. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Magnetresonanzuntersuchungen aufgrund von vorhandenem Permanent Make-Up überhaupt nicht mehr durchgeführt werden können.
- Ich bin damit einverstanden, dass auf meinen Körper ein Permanent Make-Up aufgetragen wird.
- Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-Up's aufgeklärt wurde.
- Ich bestätige, die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.
- Außerdem bestätige ich, dass ich eine Kopie dieser Einverständniserklärung, eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Farben und Stoffe erhalten habe.

- Ich habe zur Kenntnis genommen, das Farbveränderungen möglich sein können und diese im Zuge einer Nachbehandlung ausgebessert werden.

Unterschrift:_____ Datum:_____

Nachbehandlung am :_____ bleibt ebenfalls unverändert