

KUNDENINFORMATIONEN

Eine Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn keine Hinweise auf kontraindizierende Faktoren oder andere Gründe vorliegen. Daher ist es entscheidend, die folgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten, bevor die Behandlung stattfindet. Die Durchführung der Behandlung geschieht auf eigenes Risiko.

KONTAKTDATEN

Vor- & Nachname

Handynummer

Geburtsdatum

Email-Adresse

Vollständige Anschrift

Trifft etwas der folgenden Punkte auf Sie zu?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Rosacea |
| <input type="checkbox"/> Fieberhafte Infekte | <input type="checkbox"/> Epileptiker | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Cortisonbehandlung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff | <input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Erkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen zu gesetzten Kreuzen:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation von meinen Augen sowie meinem Gesicht Fotos gemacht werden. Die Bilder dürfen zu Werbezwecken auf der Homepage, in sozialen Netzwerken wie Facebook und Instagram sowie im Studio veröffentlicht werden:

Ja

Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

HINWEISE ZUR BEHANDLUNG

Ich habe mich bewusst und freiwillig für die Behandlung entschieden. Ich erkläre mich mit dem Verfahren einverstanden und akzeptiere mögliche Risiken. Alle Fragen bezüglich der Behandlung wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungsergebnisse nicht sofort garantiert werden können und von Alter, Hautzustand und Lebensstil abhängen. Um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen sind möglicherweise weitere kostenpflichtige Behandlungen nötig. Ich habe die Pflegeanweisungen für die Nachbehandlung zur Kenntnis genommen. Ich habe verstanden, dass es wichtig ist, alle Anweisungen zur Nachbehandlung zu befolgen. Sollte ich zusätzliche Fragen oder Bedenken bezüglich meiner (Nach-)Behandlung oder der empfohlenen Produkte haben, werde ich mich unverzüglich an den/die behandelnde/n KosmetikerIn wenden.

Ich bin mir bewusst, dass der/die KosmetikerIn nicht berechtigt ist, körperliche oder geistige Krankheiten zu diagnostizieren oder zu behandeln. Auch darf er/sie keine Medikamente verschreiben. Ich bestätige, dass ich alle mir bekannten gesundheitlichen Probleme angegeben und die entsprechenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich erkläre mich damit einverstanden, den/die KosmetikerIn während der Behandlung über alle Änderungen meines Gesundheitszustands zu informieren und bin mir im Klaren darüber, dass der/die KosmetikerIn keine Haftung übernehmen kann, wenn ich dies unterlasse.

Ebenfalls bin ich mir im Klaren, dass ich den/die KosmetikerIn nicht für Erkrankungen verantwortlich machen kann, die zum Zeitpunkt der Behandlung bereits vorhanden waren und über die ich den/die KosmetikerIn vor der Behandlung nicht informiert habe und die durch die durchgeführten Behandlungen negativ beeinflusst werden können.

DIESE INFORMATIONEN HABE ICH, DER KUNDE, VOR DER ANWENDUNG GELESEN UND STIMME MIT MEINER UNTERSCHRIFT ZU.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT
