

## ARZTERLAUBNIS

Herr/Frau ....., geboren am .....

war am ..... bei einem Beratungsgespräch für eine Permanent Make-up

Behandlung bei uns im Haus zu gegen. Es wurde im Rahmen des Gespräches festgestellt, dass Herr/Frau

..... folgendes Medikament bzw. folgende Erkrankung

aufweisen kann:

.....  
.....  
.....

Um ein korrektes Permanent Make-up gewährleisten zu können, ist es als verantwortungsvolle/r Pigmentierer/in besonders wichtig, um Ihre **medizinische Freigabe** zu bitten.

Wir bitten um Unterzeichnung, wenn es bei folgender Medikation/Erkrankung möglich ist, die Behandlung ordnungsgemäß nach aktuellem Bundesgesetz umzusetzen!

Hochachtungsvoll,

.....

*Ort, Datum*

.....

*Unterschrift/Stempel des Arztes*