

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Permanent Make-up Aufhellungsbehandlung

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Permanent Make-up Behandlung.

Ein Permanent Make-up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.

Vor- u. Zuname: Telefon:
 Straße: Geb.-Dat.:
 PLZ, Wohnort: E-Mail:

	Anmerkung	
Einzelwimpernverdichtung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
MYscara®	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hair Plus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV-Positiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hauterkrankungen <i>(wenn ja, welche?)</i>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien <i>(wenn ja, welche?)</i>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Angeborene Abwehrschwäche bzw. Immunsuppression <i>(wenn ja, welche?)</i>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Autoimmunerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutverdünnungstherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieberhafte Infekte / Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epileptiker	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis-Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Volljährigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Chronische / Akute Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Cortisonbehandlung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Einnahme Von Antidepressiva	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Immundefizienzkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bildereinstimmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Namensnennung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Gewünschte Partie/Körperstelle die aufzuhellen ist:

Sollten innerhalb des vorgesehenen Behandlungszeitraumes Veränderungen in Bezug auf die oben genannten Indikationen des Gesundheitszustandes aufkommen, so ist der Kunde eigenständig dazu verpflichtet, diese so bald als möglich bekannt zu geben.

Die Behandlung beträgt pro Sitzung €

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut, muss man mit Farbabweichungen rechnen. Um ein helleres Ergebnis zu erzielen, können mehrere Sitzungen notwendig sein. Eine Aufhellung kann aber nicht garantiert werden.

Besondere Sorgfalt ist bei der Nachversorgung verpflichtend. Bitte halten Sie die behandelnde Stelle mit Octenisept (Hautdesinfektion) sauber und pflegen Sie die Partie ausschließlich mit Bepanthen Plus (Heilsalbe). Beide Produkte sind in der Apotheke erhältlich! **Bei Nicht-Einhaltung der Hinweise muss mit Narbenbildung gerechnet werden.**

Bei und nach der Behandlung kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen oder / und Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab. Unter ungünstigen Voraussetzungen könnte es zu Reaktionen bei einer MR Untersuchung kommen.

Der Kunde wird aufgefordert in den folgenden 10 Tagen folgendes zu unterlassen:

- Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf die behandelte Stelle nicht mit Seife, Kosmetika oder Ähnlichem in Berührung kommen. Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt.
- Zu unterlassen sind im Weiteren übermäßige Sonnengänge, Solarium besuche, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.
- Es sind mind. 4 Wochen bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.

Eine Vereisung wurde selbst mitgebracht und aufgetragen

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

Ich wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung der Aufhellung aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und wurde darüber informiert, ein geeignetes Präparat zur Pflege zu verwenden (z. B. Permanent Make-up Aloe Vera Gel, Bepanthen Plus ...).

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden und den Pflegehinweis und die Kurzbeschreibung für zu Hause erhalten zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Hygieneablauf

Vor der Behandlung

1 BH

2 BH

3 BH

1. Einverständniserklärung			
2. Liege abgedeckt mit Papierrolle/mit Meliseptol® rapid mind. 1 Minute desinfiziert			
3. Handdesinfektion Softa-Man® ViscoRub oder pure 3 ml / 30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben			
4. Mit Hautdesinfektion Softasept® N farblos benetzen und 1 Minute einwirken lassen			
5. Gerät mittels sterilen Handschuhen aufgerüstet			

Nach der Behandlung

6. Arbeitsplatz mit Meliseptol® Sprühdesinfektion besprühen und mind. 1 Minute einwirken lassen			
7. Gerät und Handstück mit Meliseptol® HBV Tücher mind. 1 Minute gereinigt			
8. Nadel in die Abfallbox entsorgt			
9. Pflegehinweis mitgeben			

Diese Information habe ich, der Kunde **vor** der Anwendung des Permanent Make-ups, gelesen und unterfertigt.

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch:

Mit der Unterschrift bestätige ich die Erlaubnis zur Verwendung meiner Fotos für Öffentlichkeitsarbeit.

Sie kennen uns von:

- Google Facebook Empfehlung (wenn ja, von:)
 Modellliste Messe Zeitschrift (wenn ja, welche:)
 war bereits Kunde Sonstiges:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Kunden