

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### Permanent Make-up Augenbraue

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Augenbrauen 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
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. Immundefizienzkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Immunsuppression <i>(Künstl. Unterdrückung der Körperabwehr)</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 <i>(A,B,C,D,E,F)</i>	<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	.....
Botoxbehandlung oder ähnliches auf der Stirn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....

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

Die Behandlung inkl. Nachbehandlung(en) kostet ..... Die Bezahlung erfolgt nach der Erstbehandlung. Die Behandlung wird in einem Zeitraum von ca. 3 Monaten abgeschlossen.

**Vor** der Pigmentierung wurde das Permanent Make-up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:  ja  nein  
Es wurde das **ungefähre Farbenergebnis** demonstriert:  ja  nein

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, muss man mit Farbabweichungen rechnen und ein eventuelles Nacharbeiten ist notwendig. Die Zweitbehandlung ist nicht übertragbar.

Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen oder/und Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.

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

- Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf die Braue nicht mit Seife, Make-up Entferner, 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 Sonne, Solarium, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.
- Es sind mind. 12 Wochen (außer bei einer dringenden Indikation) bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.

Eine Vereisungssalbe wurde selbst mitgebracht und aufgetragen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass an meinen Augenbrauen ein PM angebracht wird und wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht. Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-ups aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und darüber informiert, dass ich ein geeignetes Präparat zur Pflege verwenden sollte (z.B. Permanent Make-up Aloe Vera Gel).

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. eine 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 eine Minute einwirken lassen			
5. Gerät mittels sterilen Handschuhen aufgerüstet			

### Nach der Behandlung

6. Arbeitsplatz mit Meliseptol® Sprühdesinfektion besprühen und mind. eine Minute einwirken lassen			
7. Gerät und Handstück mit Meliseptol® HBV Tücher mind. eine 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: .....

.....

*Ort, Datum*

.....

*Unterschrift des Kunden*