

Kundeneinverständniserklärung Entfernung Microblading oder Permanent Makeup



Zwischen Isabels Beauty Club und Kundin/ Kunde

Vorname: _____ Nachname: _____
Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Email: _____

Für ihre Gesundheit: Um ihre Behandlung optimal durchführen zu können, bitten wir nachstehende Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß zu überprüfen:

Haben Sie:

Keloiden? OJa O Nein	Schwanger oder Stille? OJa O Nein
Diabetes? OJa O Nein	Hautkrankheiten? OJa O Nein
Allergien? OJa O Nein	Wundheilungsstörungen? OJa O Nein
Herzschrittmacher oder größeren Herzprobleme?	OJa O Nein
Im letzten Jahr eine Chemotherapie oder Bestrahlung erhalten	OJa O Nein

Wenn JA, welche: Der Kunde wurde ausgiebig und umfangreich über die korrekte Pflege und Nachsorge informiert: _____

Listen Sie alle Medikamente auf, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben:

(*Personen, die allergisch gegen Metall, Farbe, Zitronen ist nicht nicht geeignet. Bitte Beachten Sie die Li-FT Inhaltstoffe im unsere website.)

Bitte lesen Sie die folgende Erklärung sorgfältig durch:

Es gibt keine Möglichkeit anzugeben, wie viele Sitzungen für eine Tattoorentfernung benötigt werden.

Die Preise können je nach Sitzung variieren. Die Größe und Tiefe des Tattoos kann auch die Behandlung beeinflussen.

Behandlung Session: _____

Die Nachbehandlung ist nicht im Preis inbegriffen.

Infektionen können auftreten, wenn die Anweisungen nicht korrekt befolgt werden. Nach dem Eingriff kann es zu Schwellungen und Rötungen kommen. Während des Eingriffs können leichte Blutungen auftreten. Narbenbildung ist äußerst selten, kann jedoch auftreten. Die Pigmente verblassen je nach Hautzyklus.

Permanente Kosmetik oder Entfernung kann NICHT für Schwangere oder stillende Frauen durchgeführt werden und für Personen unter dem Alter von 18 Jahren angewendet werden.

Nach Ihrer Sitzung erscheint Ihr behandelter Bereich möglicherweise dunkler als mit der Heilungszeit verblasst.

Sie müssen mindestens 4-8 Wochen warten, bevor Sie Ihre nächste Entfernungs- oder PMU-Sitzung durchführen.

Ich verstehe und habe mir die richtige häusliche Pflege für meinen Eingriff erklären lassen. Ich verstehe, dass diese Verfahren zu Schwellungen, Rötungen, Juckreiz, Beschwerden, Taubheitsgefühl und nachteiligen Nebenwirkungen führen können.

Ich verstehe, dass die von mir gewählte Behandlung nur kosmetischen Zwecken dient und mir keine Garantie bezüglich der Ergebnisse des Verfahrens gegeben wurden.

Ich verstehe, dass die erzielten Ergebnisse und die Anzahl der erforderlichen Behandlungen von Person zu Person unterschiedlich sein werden.

Ich kann bestätigen, dass alle von mir bereitgestellten Informationen korrekt und wahrheitsgemäß sind. Ich verstehe, dass es keine Rückerstattung für kosmetische Eingriffe gibt.

Ich bestätige, dass ich die oben genannte Einwilligung und Verfahrens Erlaubnis gelesen und vollständig verstanden habe.

Ich bestätige, dass die darin genannten Erklärungen abgegeben wurden und ich die volle Verantwortung für diese und andere Komplikationen übernehme, die während oder nach dem PMU / SPMU-Verfahren auftreten oder auftreten können.

Ich habe diese Information gelesen, verstanden und erkläre mich mit allen Punkten einverstanden. Ich wurde über alle Behandlungsabläufe, Nachbetreuung und alle Produkte und deren Wirkweise ausgiebig aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen oder Einwände.

Die Nachbehandlung ist nicht im Preis inbegriffen.

NAME

DATUM, UNTERSCHRIFT

Isabels Beauty Club . Isabel Mercedes Berk
Fürstenrieder Strasse 82 . 80686 München
T / F +49 (0)89 599 996 00 . info@isabelsbeautyclub.de
www.isabelsbeautyclub.d