

# Einverständniserklärung Permanent Make-up

Eine Behandlung 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-/Nachname: .....

Telefon: .....

Straße: .....

Geburtsdatum: .....

PLZ, Wohnort: .....

Email: .....

## Gesundheitsfragen

## Anmerkung

<b>Bluter</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Zuckerkrankheit</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>HIV-Positiv</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Hauterkrankungen</b> (Wenn ja, welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Allergien</b> (Wenn ja, welche?) (Latex, Desinfektion, Schmuck...)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Angeborene Abwehrschwäche bzw. Immundefizienzerkrankung</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Immunsuppression</b> (künstliche Unterdrückung der Körper-Abwehr)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Autoimmunerkrankungen</b> (Hashimoto, MS; evtl. schlechtere Wundheilung)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Blutverdünnungstherapie</b> (kann die Haltbarkeit beeinflussen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Geschlechtskrankheiten</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Fieberhafte Infekte / Infektionskrankheiten</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Hepatitis-Erkrankungen</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Chronische / akute Erkrankungen</b> (regelmäßige Medikamenteneinnahme)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Schwangerschaft</b> (Stillperiode abwarten)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Epileptiker</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Cortisonbehandlung</b> (jahrelange Einnahme; kann die Haltbarkeit beeinflussen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Einnahme von Antidepressiva</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Botoxbehandlung oder ähnliches</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Haben Sie bereits eine Altpigmentierung?</b>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

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

## Vor der Pigmentierung wurde das Permanent Make-up vorgezeichnet

und mittels Spiegel gezeigt

JA  NEIN

Es wurde das ungefähre Farbendergebnis demonstriert

JA  NEIN

Permanent Makeup hält je nach Beschaffenheit der Haut und Einarbeitung mehrere Jahre. Es kann keine 100%ige Garantie dafür gegeben werden in welcher Hauttiefe die Pigmentierung durchgeführt wird. Eine Mindest- und Höchstdauer und eine generelle Verblassung können nicht garantiert werden. In den Tagen nach der Pigmentierung wird das Farbergebnis durch den Wundschorf dunkler erscheinen. Erst nach vollständiger Abheilung wird das endgültige Resultat zu sehen sein.

Es werden ausschließlich gesundheitlich unbedenkliche, deutsch zertifizierte Qualitätspigmente verwendet. Durch den individuellen Stoffwechselprozess der Kunden sind fast immer Nacharbeiten notwendig. Die ursprüngliche Form und Farbe werden hierbei nicht verändert, es sei denn der Kunde wünscht es.

Sonnenbestrahlung kann je nach Hauttyp zu einem schnelleren Verblassen der Pigmente oder Farbveränderungen führen. Auch das Auftragen von nicht empfohlenen Wund- und Heilsalben oder das Benutzen von Selbstbräunern können zu Farbveränderungen führen. Zur Reinigung der pigmentierten Stelle sollte ein nasses Wattepad verwendet werden. Anschließend immer die Creme auftragen.

Während der Abheilungsphase (28 Tage) sollten Sie Kontakt mit Wasser, Saunagänge, Solarium, Schwimmen und Sport (zu viel schwitzen) vermeiden. Durch das Heilen der Wunde kann ein Juckreiz auftreten. Bitte auf keinen Fall Kruste abkratzen, der Schorf muss sich von selbst lösen.

Bei Korrekturen oder Auffrischungen von früheren Pigmentierungen kann keine Haftung übernommen werden, weil nicht festgestellt werden kann, welche Art von Pigmenten damals verwendet wurden. Ein späteres Durchscheinen der alten Pigmente ist durchaus möglich.

Der Kunde ist in einem ausführlichen Gespräch über den Behandlungsverlauf und über eventuelle Risiken (Schwellungen, Rötungen, Nacharbeit, usw.) aufgeklärt worden und hat dazu keine weiteren Fragen.

Der Kunde versichert alle Anweisungen, die den Behandlungsverlauf und Nachpflege betreffen, verstanden zu haben und zu befolgen.

Der Kunde ist darüber informiert worden, dass in Einzelfällen trotz mehrmaliger Nacharbeit nicht der gewünschte Erfolg eintreten kann, da die Haut die Farbpigmente nicht bei jedem Mensch gleichermaßen aufnimmt und speichert. Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann daher nicht gegeben werden.

Eine Vereisungssalbe wurde selbst mitgebracht und selbst aufgetragen.

Vergütungshöhe Grundbehandlung: \_\_\_\_\_

Vergütungshöhe Nacharbeit: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich mit einer Permanent Make-up Pigmentierung einverstanden.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-ups aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis).

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

Ich versichere volljährig zu sein. Die Vorher-/Nachherbilder der Behandlung (anonymisiert) dürfen auf sämtlichen Social Media Kanälen, der Homepage und für Print- und Online Kampagnen genutzt werden.

Dinslaken, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_



## BEI MINDERJÄHRIGEN

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich die/der gesetzliche Vertreter von \_\_\_\_\_  
bin und dem Permanent Make-up an den Augenbrauen ausgeführt von Magdalena Gabor zustimme.

Die Einverständniserklärung und Pflegehinweise habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Dinslaken, den \_\_\_\_\_ Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_