Einverständniserklärung Permanent Make up

Name: .....

Geboren am: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

e-mail: .....

Eine Permanent Make-up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Permanent Make-up´s.

Die(der) oben genannte Kundin(e) unterzieht sich einer Permanent Make-up Behandlung

❍ Lippe ❍ Augenbraue
❍ Lidstrich

Der Preis für die Behandlung beträgt EUR _____ .

<u>Besondere Hinweise:</u>

- 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 ist oft ein mehrmaliges Nacharbeiten notwendig.
- Bei und nach der Pigmentierung kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen und(oder Rötungen kommen. Diese klingen meist nach kurzer Zeit wieder ab.
- **Bis zum 4. Tag nach der Behandlung dürfen die behandelten Partien nur sorgsam mit milden Produkten in Berührung kommen.**
- Der Kunde wird aufgefordert in den folgenden Tagen Folgendes zu unterlassen:
  Übermäßige UV-Bestrahlung, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.

Vor der Pigmentierung wurde der(m) Kundin(en) das Permanent Make-up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:

❍ JA ❍ NEIN

Dem Kunden wurde das ungefähre Ergebnis demonstriert:

❍ JA ❍ NEIN

Bitte wenden!

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

			Anmerkung:
Hämophilie (Bluterkrankheit)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Hepatitis A,B,C,D,E,F	❍ JA	❍ NEIN	.....
HIV-Infektion	❍ JA	❍ NEIN	.....
Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Ekzeme	❍ JA	❍ NEIN	.....
Allergien (wenn ja, welche?)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Angeborene Immundefizienerkrankungen (wenn ja, welche?)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente, z.B. nach Organtransplantationen)	❍ JA	❍ NEIN	.....
Autoimmunerkrankungen	❍ JA	❍ NEIN	.....
Blutverdünnungstherapie	❍ JA	❍ NEIN	.....
Geschlechtskrankheiten	❍ JA	❍ NEIN	.....
akuter fieberhafter Infekt	❍ JA	❍ NEIN	.....
andere chronische oder akute Erkrankungen	❍ JA	❍ NEIN	.....
			.....
Liegt eine Schwangerschaft vor?	❍ JA	❍ NEIN	.....

Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!

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

- **Ich bin darüber informiert worden, dass beim Permanent Make-up oder bei Tätowierungen bei für viele medizinische Behandlungen erforderliche Magnetresonanzuntersuchungen in den kommenden Jahren Reaktionen möglich sind. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Magnetresonanzuntersuchungen aufgrund vorhandenen Permanent Make-up´s oder Tätowierungen überhaupt nicht mehr durchgeführt werden können.**
- **Ich bin damit Einverstanden, dass an meinem Körper eine Permanent Make-up angebracht wird.**
- **Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-up´s aufgeklärt wurde.**
- **Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständliche beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.**
- **Ich bestätige weiter, dass ich eine Ablichtung bzw. Zweitschrift dieser Einverständniserklärung und eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Farben und Stoffe erhalten habe.**

Wien, am

.....	.....
Unterschrift	Datum