

## **Einverständniserklärung mit Gesundheitsabfrage und Kundeninformation - Permanent Make up**

Studio Susaartelier – Susanne Köditz

Adresse: Wolfskummer 19, 99331 Geratal

E-Mail: [susaart@t-online.de](mailto:susaart@t-online.de)

### **Kundeneinverständnis & Gesundheitsabfrage für die Behandlung**

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

um Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten zu können, benötige ich einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte lesen Sie die folgende Erklärung sorgfältig durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

#### 1. Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (Mindestalter für die Behandlung: 16 Jahre)

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Falls unter 18 Jahre:

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

## 2. Gesundheitsabfrage

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß:

1. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (z. B. Farben, Latex, Desinfektionsmittel, Medikamente)

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

2. Bestehen Hautkrankheiten, Infektionen oder akute Hautprobleme im Behandlungsbereich? (z. B. Neurodermitis, Ekzeme, Herpes, offene Wunden)

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie chronische Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

4. Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?

Ja  Nein

5. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen blutverdünnende Medikamente?

Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Sind Sie Diabetiker/in?

Ja  Nein

7. Leiden Sie an Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck?

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

8. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Infektionskrankheit gehabt (z. B. Grippe, COVID-19)?

Ja  Nein

9. Sind Sie gegen Tetanus geimpft?

Ja  Nein

10. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ästhetische Eingriffe oder Behandlungen im Behandlungsbereich durchführen lassen? (z. B. Botox, Filler, Laser)

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

### 3. Kundeninformation & Hinweise

- Alle Behandlungen erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen unter Einhaltung höchster Hygienevorschriften.
- Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis je nach Hauttyp unterschiedlich ausfallen kann.
- Eine ausführliche Pflegeanleitung wird nach der Behandlung mitgegeben.
- Falls nach der Behandlung unerwartete Reaktionen auftreten, kontaktieren Sie mich bitte umgehend.

### 4. Einverständniserklärung

Ich, \_\_\_\_\_ (Name), bestätige hiermit, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und mir bewusst bin, dass eine falsche oder unvollständige Angabe das Behandlungsergebnis beeinflussen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlung auf meine eigene Verantwortung erfolgt und das Studio Susaartelier – Susanne Köditz von jeglichen Haftungsansprüchen freigestellt ist.

Ich wurde über mögliche Risiken, Nebenwirkungen und die Nachsorge informiert und erkläre mich mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde/Kundin: \_\_\_\_\_

Unterschrift Behandlerin (Susanne Köditz): \_\_\_\_\_