

Kundeninformation Permanent Make-up

1. Im Rahmen der Kundenberatung wurde ich über die Technik des Permanent-Make-Ups eingehend informiert. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu überdenken. Diese Information habe ich vor Anwendung des Permanent-Make-Ups gelesen und unterfertigt.
2. Die von mir gewünschten Linien, Farbauswahl und Form wurden von mir vorgegeben und besprochen. Im Zuge der Behandlung können Korrekturen in Form und Farbe angegeben werden.
3. Die Kundin bestätigt, dass sie den Pflegehinweis erhalten hat und dessen Anweisungen befolgt.
4. Bei und nach dem Anbringen des Permanent-Make-Ups kann es zu Schwellungen und/oder Rötungen kommen. Diese klingen meist nach 1-3 Stunden ab. Die Schwellungen bei Lippen und der Lidstrich-Zeichnung können auch an den nächsten Tagen noch auftreten. Bitte kühlen Sie die behandelte Stelle!
5. 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. Nach Abfallen der Kruste wird die Farbe heller (1 - 4 Nachbehandlungen sind je nach Hauttyp erforderlich).
6. Bei Blutern oder an einer Infektionskrankheit leidenden Personen kann die Dienstleistung des Permanent-Make-Ups nicht durchgeführt werden.
7. Ich kann keinerlei rechtlichen Anspruch auf Rückerstattung, weitere Behandlungen, oder Schadenersatz stellen, wenn mir Form oder Farbe des Permanent-Make-Ups und der behandelten Stelle im Nachhinein nicht gefallen oder die Haltbarkeit aufgrund unterschiedlicher Hautbeschaffenheit nicht gewährleistet werden kann und spreche den PMU Stylisten von jeglicher Haftung frei. Eine Rückvergütung ist ausgeschlossen.
8. Das Anästhetikum wurde von dem Kunden aufgetragen.
9. Der Kunde ist mit der Behandlung einverstanden und wurde über den Ablauf, etwaige Risiken vollständig aufgeklärt. **Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!** Der Kunde bestätigt, alles verstanden zu haben und keine weiteren Fragen mehr zu haben.
10. Ich bin darüber informiert worden, dass beim Permanent Make-up oder bei Tätowierungen bei für viele medizinische Behandlungen erforderliche Magnetresonanztomographien in den kommenden Jahren Reaktionen möglich sind oder ein MRT ausgeschlossen werden muss.
11. Permanent Make-Up hält im Schnitt 1-4 Jahre je nach Hautbeschaffenheit, richtiger Nachbehandlung des Kunden sowie die Farbauswahl. Ein vollständiges Verblässen kann nicht garantiert werden! Bei manchen Techniken und Hauttypen kann keine Haltbarkeit garantiert werden.
12. Bis zum 7. Tag nach der Behandlung dürfen die behandelten Partien nur sorgsam mit milden Produkten in Berührung kommen.
13. Bei Trägern des **Herpes simplex-Virus** kann es zum Ausbruch kommen. Weiteres ist der Kundin bei Lippen-Permanent-Make-Up bekannt, dass aufgrund von HSV1 das Permanent-Make-up unregelmäßig erscheinen kann, was auf Vernarbungen in den Hautschichten bzw. auftretenden Fieberblasen in der Heilungsphase zurückzuführen ist. Eine Herpes-Prophylaxe wird empfohlen!

Die Kundin wird aufgefordert, in den folgenden Tagen **übermäßige UV-Bestrahlung, Sauna, Schwimmen, Dampfbad und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste zu unterlassen!**

14. Mit der Unterschrift stimmt der Kunde / die Kundin den oben genannten Punkten zu.

Ort, Datum:

Kunde:

PMU-Artist:

Einverständniserklärung

Diese Informationen dienen Ihrer Sicherheit. Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Tel.:	Geburtsdatum:
Entdeckt durch:	E-Mail:

FOLGENDE GESUNDHEITSFRAGEN SIND MAßGEBEND UND DIE WAHRHEITSGEMÄßE BEANTWORTUNG DER FRAGEN IST VORAUSSETZUNG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER BEHANDLUNG:

- Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche: _____
- DiabetikerIn
- BluterIn
- Allergien: _____
- Vorheriges Laser- oder chemisches Peeling
- Geschlechtserkrankungen
- Implantate (Unterspritzungen)
- Herzschrittmacher
- Fieberhafte Infekte
- HIV infiziert
- Hepatitis
- Epileptiker
- Herpes Simplex
- Schwangerschaft
- Krebs
- Hautirritation/Hauterkrankungen _____
- Immunschwäche/Autoimmunerkrankungen _____
- Chronisch akute Erkrankungen _____

Trifft einer dieser Punkte zu, bitten wir Sie, Ihren Arzt zu konsultieren.

Bitte ankreuzen:

- Ich habe zum Zeitpunkt der Behandlung **keinen Alkohol und/oder Drogen** konsumiert
- Ich habe bis zu 36 Std. vor der Behandlung **keine blutverdünnenden Mittel** (Aspirin, etc.) genommen
- Ich habe zum Zeitpunkt der Behandlung **keine Periode** (erhöhtes Schmerzempfinden möglich bzw. schlechtere Haltbarkeit des PMUs)

- Meine Haut **heilt normal** ab. Ich habe keinerlei Hautanomalien oder gesundheitliche Probleme, die den Heilungsverlauf stören könnten.
- Ich habe mit dem Arzt meines Vertrauens gesprochen und wünsche **trotz** Heilungs- oder Gesundheitsstörung eine Behandlung.
- Ich wünsche einen Allergietest (Behandlung nicht am selben Tag möglich)

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz:

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken: Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an.

Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir postalisch Informationen und Angebote zu weiteren Produkten zum Zwecke der Werbung gesendet werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mir Sabine Petrowisch (Vertragspartner) per E-Mail/WhatsApp/SMS* Informationen und Angebote zu weiteren Produkten zum Zwecke der Werbung übersendet. (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen.
- Ich stimme ausdrücklich zu, dass die im Rahmen der Behandlung gemachten **FOTOS**, veröffentlicht werden dürfen – bitte ankreuzen: JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht: Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, Sabine Petrowisch (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

VOM PMU-ARTIST AUSZUFÜLLEN: Lippe Augenbraue Lidstrich Wimpernkranz

Besprechungspunkte:

<i>Miss Permanent</i>	
	

Datum	Farbe + Charge	Modul + Charge	Bemerkung	Preis

1) ICH BESTÄTIGE, DASS ICH EINE UNTERSPRITZUNG VORGENOMMEN HABE:

Welche Zone?	Wann?	Wie oft?	Welche Inhaltsstoffe?*
Sind Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		Wenn ja, welche?	

Bitte sämtliche Inhaltsstoffe aller unterspritzten Bereiche angeben. Falls diese nicht vorliegen, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über alle Risiken, die während oder nach einer Permanent-Make-up Behandlung entstehen können, aufgeklärt worden bin.

AUSNAHME: Wenn die Lippen mit dauerhaft wirksamen Füllstoffen (Dermavile, Dermadee, Silikon Goretex, Softform, New Fill) unterspritzt ist, ist kein Permanent-Make-up möglich!

Unterschrift des Kunden _____

2) ICH BESTÄTIGE HIERMIT, DASS ICH BEREITS EIN PERMANENT-MAKE-UP HABE:

Welche Zone?	Wann?	Wie oft?	Welche Farben?*
Sind Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		Wenn ja, welche?	

Ich möchte meine PMU Zeichnung auffrischen lassen, weil (Beschreibung mit Foto!):

zu hell zu dunkel fleckig Form passt nicht Sonstiges _____

Kundinnen, die bereits ein PMU haben und eine Korrektur oder Überarbeitung durch mein Fachstudio wünschen, werden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es möglich ist, dass tiefer liegende, oder ältere Permanent-Make-Up-Farbe evtl. nach gewisser Zeit zum Vorschein kommen kann, bzw. aufgrund chemischer Zusammensetzung farblich dominiert. Weiters können Asymmetrien evtl. nicht zu 100% ausgeglichen werden ohne Entfernung - daher wird keine Garantie für den Behandlungserfolg übernommen.

*Bitte die verwendeten Farbpigmente CI – Nummern sowie alle anderen Inhaltsstoffe vollständig angeben. Falls diese nicht vorliegen sollten, bestätige ich hiermit, dass ich über alle Risiken, insbesondere Allergien, Reaktionen, Unverträglichkeiten, Formungleichheiten oder auch unerwünschte Farbunterschiede aufgeklärt worden bin und den PMU ausdrücklich von jeder Haftung freispreche, die durch Vermischung mit alten Farbpigmenten entstehen können. Darüber hinaus wurde ich informiert, dass mein altes PMU nicht entfernt, sondern nur verändert werden kann. Eine Haltbarkeit und Verblassungsgarantie kann nicht gegeben werden. Unerwünschte Farbveränderungen können nicht ausgeschlossen werden.

Unterschrift des Kunden: _____