

Kundendaten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Telefon:

Wie haben sie von uns erfahren?

Empfohlen von:

Beratungsgespräch am:

Ausführende Artistin:

Behandlungsdatum:

Behandlung:

Vertragsgegenstand:

Die im Vertrag detaillierte Pigmentier-Behandlung ist Gegenstand dieses Vertrags zwischen dem Studio und dem Kunden. Das Studio verpflichtet sich, die mit dem Kunden besprochene

und gewünschte Behandlung ordnungsgemäß und unter Berücksichtigung aller gesundheitstechnischen Vorschriften an den Augenbrauen durchzuführen.

Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift, dem Studio für die Behandlung die Summe von EUR ____ zu zahlen. Die Zahlung erfolgt direkt nach der Behandlung. Der Kunde nimmt das Ergebnis der Behandlung unmittelbar danach ab und bestätigt diese schriftlich. Sollten Mängel beanstandet werden, sind diese schriftlich festzuhalten.

Gesundheitszustand des Kunden

- | | |
|---|---|
| Sind sie zurzeit gesund? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hautkrankheiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Keloidnarben? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | |
| Sind Sie Bluter? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | |
| Besteht eine Schwangerschaft? Oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie HIV-positiv? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Herpes? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Hepatitis A, B, C, D, F? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Epilepsie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | |
| Wie oft? _____ | |
| Haben Sie eine angeborene Abwehrschwäche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Immunerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

- Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung? ja nein
- Leiden Sie an chronischen Krankheiten? ja nein
- Haben Sie Gefäßerkrankungen? ja nein
- Leiden Sie unter Abflussstörungen des Lymphsystems ja nein
- Haben Sie Herzkrankheiten? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie an Diabetes? ja nein
- Haben Sie Bluthochdruck? ja nein
- Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen einer Operation unterzogen? ja nein
- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Strahlentherapie? ja nein
- Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert? ja nein
- Nehmen Sie Cortison ein? ja nein
- Wenn ja, in welcher Form? _____
- Haben Sie sich Botox oder Hyaluron spritzen lassen? ja nein
- Wenn ja, wann? _____
- Mussten Sie sich im letzten Jahr einer Chemotherapie unterziehen? ja nein

Kontraindikationen

- Akute Entzündungen
- Schwere somatische Erkrankungen
- Erkältung
- Menstruation
- Schwangerschaft
- Psychische Störungen
- Diabetes in insulinabhängiger Form
- Die Möglichkeit der Bildung von Keloid Narben

0 ___ Nacharbeiten innerhalb drei Monaten sind inbegriffen

Datum:

Nadelstärke:

Blades:

Benutzte Farbe:

Preis:

Der Kunde bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Bei falschen Angaben übernehmen wir keine Haftung für die Behandlung.
Alle Daten unterliegen dem Datenschutz. Wir behandeln alle Angaben streng vertraulich.

Ich bestätige, diesen Vertrag gelesen, verstanden und als vereinbarten Vertragsinhalt anzuerkennen. Ich wurde ausführlich beraten und bin mir über die Risiken der Behandlung sowie über die Erfolge bewusst. Ich weiß, wie ich mich vor, während und nach der Behandlung zu verhalten habe.

Ich habe keine Fragen mehr zu der Behandlung und bestätige, dass meine gestellten Fragen ausreichend beantwortet wurden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zu der oben beschriebenen Behandlung.

Ort/Datum Unterschrift

Unterschrift der behandelten
Person
Studio Stempel

Fotodokumentation:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Gesicht fotografiert werden darf und das

die Fotos zu Werbezwecken, ohne zeitliche Einschränkung ggf. auf der Website meines Studios, Facebook, Instagram, Flyern oder anderen Werbematerialien und im Studio veröffentlicht werden können.

ja nein

Ort/Datum Unterschrift des Kunden

Notizen:

Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Kundendaten gespeichert werden, dazu genutzt werden, mich zu kontaktieren und zur eigenen Information gespeichert, hinterlegt und genutzt werden. Hierzu gehören:

Name, Adresse, Telefonnummer, Whats App, E-Mail.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig ist und jeder Zeit widerrufen werden kann.

Der Widerruf muss schriftlich per E-Mail erfolgen.

Die betreffenden Daten werden nach Eingang des Widerrufs gelöscht und nicht mehr verwendet.

Ich kann jederzeit erfragen, welche Daten gespeichert bzw. hinterlegt sind.

Mit meiner Unterschrift erlaube ich BeBelle, mich anhand dieser Daten zu kontaktieren.

Es gelten die AGBs von BeBelle.

Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Ort/Datum Unterschrift des Kunden