

Aufklärung und Einverständniserklärung Lashlifting

Name:.....

Geboren am:.....

Hiermit erlaube ich meiner ausgebildeten Stylistin an mir ein Wimpernlifting durchzuführen. Ich wurde von meiner Stylistin darüber aufgeklärt, dass ich während der Behandlung die Augen nicht ohne Aufforderung öffnen darf. Sollte während der Behandlung eine unangenehmes Gefühl, Jucken, Brennen, Spannungsgefühl am Lid auftreten, so gebe ich meiner Stylistin sofort Bescheid.

Ich wurde aufgeklärt, dass durch Medikamente oder hormonelle Umstellung das Umformungsergebnis abgeschwächt oder in seltenen Fällen verstärkt werden könnte und erst nach der zweiten Behandlung ein optimales Ergebnis erzielt werden kann. In wenigen Ausnahmen kann es vorkommen, dass durch die Beschaffenheit der Naturwimpern (z.B Bandhaar, Glashaar) ein Liftingergebnis nicht erzielt werden kann.

Zum derzeitigen Behandlungstermin ist mir keine Schwangerschaft bekannt. Mir ist bewusst, dass ich die Behandlung in der Schwangerschaft auf meine Verantwortung durchführen lass und bin mir über die Risiken im Klaren.

Fragen zur Gesundheit

Leiden Sie an...

...Heuschnupfen ja nein

...andere Allergien (Pflaster, Cyanoacrylate, kosmetische Produkte etc.)

ja nein

wenn ja, welche:

...Asthma ja nein

...trockene Augen ja nein

...anderen Augenerkrankungen ja nein

wenn ja, welche:

...Kreislaufprobleme, Epilepsie, Diabetes oder Klaustrophobie

ja nein

wenn ja, welche:

...Neurodermitis ja nein

Tragen Sie Kontaktlinsen? ja nein

Tragen Sie eine Brille? ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift