

## Kunden Stammdaten

Name: ..... Datum: .....  
Adresse: ..... Telefon: .....  
PLZ/Stadt: ..... E-Mail: .....  
Geburtsdatum: .....

## Wimpernverlängerung

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Wimpernverlängerung durchgeführt? .....  
Wenn Ja, in welchem Studio und wann? .....  
Wünsche beim Erstbesuch? .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neuset               | <input type="checkbox"/> Füllset        |
| <input type="checkbox"/> Entfernen der Lashes | <input type="checkbox"/> Anderer Wunsch |

## Gesundheit

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ..... Wenn Ja, Welche? .....  
Haben Sie Allergien? ..... Wenn Ja, Welche? .....  
Wenn Ja, wie sieht die Reaktion aus? .....  
Sind Sie Kontaktlinsenträgerin? ..... Brillenträgerin? .....

Welche Krankheiten treffen auf Sie zu? (Bitte ankreuzen)

- |                                     |  |                                      |                                  |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluter     | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebs       | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Arthritis  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Andere  |
| <input type="checkbox"/> Asthma     | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Herzleiden  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Epilepsie     | <input type="checkbox"/> HIV Positiv |                                  |

Die Angaben dienen mir zur Bestmöglichen Behandlung und werden streng vertraulich behandelt.

.....  
Unterschrift

.....  
Datum

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine ausgebildete Lashdesignerin die Wimpernverlängerung vornimmt. Ich wurde umfassend über das Verfahren informiert und über die damit verbundenen Risiken aufgeklärt. Weiter ist mir bewusst, dass ich für die Dauer der Behandlung ruhig mit geschlossenen Augen liegen muss.

Da es zu Komplikationen wie Rötungen und Reizung an den Augen durch die Gelpads oder allergische Reaktion auf den Kleber kommen kann, werde ich die Designerin sofort informieren, sollte ich mich unwohl fühlen. Diese wird umgehend versuchen Abhilfe zu schaffen, auch wenn dies zur Beendigung der Behandlung führt.

Ich habe das Datenblatt nach bestem Wissen ausgefüllt und nehme an der Behandlung auf eigenes Risiko teil.

Weiters wurde mir mitgeteilt, dass der Kleber 24 Stunden für die vollständige Aushärtung benötigt. In dieser Zeit vermeide ich das Befeuchten der Wimpern (z.B Sauna, Dampfbad und schwimmen), das Auftragen wasserfester Mascara, übermäßiges Reiben oder Ziehen an der Wimper und den Gebrauch einer Wimpernzange.

Hiermit verzichte ich auf jeglichen Schadensersatz- und Regressansprüchen gegenüber dem Unternehmen und dessen Mitarbeiter. Ich befreie die Lashdesignerin von jeglicher Verantwortung bezüglich Folgen der Behandlung, resultierend aus Umständen, die ich nicht bekannt gegeben habe. Sollte eine medizinische Betreuung jeglicher Art notwendig sein, bin ich selbst dafür verantwortlich. Weiters bestätige ich hiermit, dass ich die Behandlung selbst gewünscht habe und hierfür die volle Verantwortung übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe. Das Kundendatenblatt habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Weiters bestätige ich die Verzichtserklärung bei vollem Verstand.

- Ich akzeptiere das Bilder, die während oder nach der Behandlung gemacht werden für Werbezwecke auf Social-Media verwendet werden dürfen.

.....  
Unterschrift d. Kunden

.....  
Name d. Kunden in Blockschrift

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Lashdesignerin