

Kundenanforderungsformular für Microblading

Persönliche Informationen

- **Vorname:** _____
- **Nachname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Adresse:** _____
- **Telefonnummer:** _____
- **E-Mail-Adresse:** _____

Gesundheitliche Informationen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß, um sicherzustellen, dass die Microblading-Behandlung sicher und effektiv für Sie durchgeführt werden kann.

1. Leiden Sie an Allergien?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche? (z.B. Latex, Metalle, Kosmetika):

2. Haben Sie Hautprobleme oder -erkrankungen im Gesichtsbereich, insbesondere an den Augenbrauen?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte spezifizieren:

3. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche?

4. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Blutverdünner ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte angeben:

5. Leiden Sie an Diabetes?

- Ja / Nein
- Wenn ja, wird dieser medikamentös behandelt?

6. Haben Sie eine Neigung zur Keloidbildung oder übermäßiger Narbenbildung?

- Ja / Nein

7. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

- Ja / Nein

8. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Botox- oder Filler-Behandlungen im Gesichtsbereich erhalten?

- Ja / Nein
- Wenn ja, wann genau? _____

9. Haben Sie in den letzten 2 Wochen chemische Peelings oder Laserbehandlungen im Gesichtsbereich erhalten?

- Ja / Nein
- Wenn ja, wann genau? _____

10. Haben Sie in der Vergangenheit bereits Permanent Make-up oder Microblading erhalten?

- Ja / Nein
- Wenn ja, wann und wo?

11. Leiden Sie an einer der folgenden Bedingungen? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend:

- Herzkrankheiten
 - Epilepsie
 - Immunschwäche
 - Hepatitis
 - HIV/AIDS
 - Hautkrebs
 - Andere chronische Erkrankungen (bitte angeben):
-

Ästhetische Präferenzen

1. Bevorzugte Form der Augenbrauen:

- Natürlich
 - Definiert
 - Geschwungen
 - Dick
 - Dünn
 - Andere (bitte spezifizieren):
-

2. Bevorzugte Farbe:

- Hellbraun
- Mittelbraun
- Dunkelbraun
- Schwarz
- Andere (bitte spezifizieren): _____

3. Haben Sie Referenzbilder oder Beispiele für die gewünschte Augenbrauenform/-farbe?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte mitbringen oder zusenden.

Zustimmung zur Behandlung

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

1. **Ich bestätige, dass alle oben angegebenen Informationen korrekt und vollständig sind.**
2. **Mir ist bewusst, dass das Ergebnis der Microblading-Behandlung je nach Hauttyp, Nachsorge und individuellen Faktoren variieren kann.**
3. **Ich verstehe, dass während und nach der Behandlung Risiken wie Infektionen, allergische Reaktionen, Narbenbildung und unerwünschte Farbergebnisse auftreten können.**
4. **Ich bestätige, dass mir die Nachsorgeanweisungen erklärt wurden und ich mich verpflichte, diese zu befolgen, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen und Komplikationen zu vermeiden.**
5. **Ich erkläre mich damit einverstanden, dass während der Behandlung Fotos gemacht werden können, die für Dokumentationszwecke verwendet werden.**
6. **Ich entbinde das Kosmetikstudio und den Behandler von jeglicher Haftung für unerwünschte Ergebnisse oder Komplikationen, die aus unvollständigen oder falschen Angaben meinerseits resultieren.**

Datum: _____

Unterschrift des Kunden: _____

Unterschrift des Behandlers: _____