

Kundenanforderungsformular für Powder Brows

Persönliche Informationen

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

Gesundheitliche Informationen

Um die Sicherheit und Wirksamkeit der Powder Brows-Behandlung zu gewährleisten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß:

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, Microblading oder Powder Brows 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 Powder Brows-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: _____