

Kundenformular für Wimpernverlängerung

Persönliche Informationen

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

Gesundheitliche Informationen Um sicherzustellen, dass die Wimpernverlängerung sicher und effektiv durchgeführt werden kann, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

1. Haben Sie Allergien?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche? (z.B. Latex, Metalle, Kosmetika):
2. Leiden Sie an Augenkrankheiten oder -problemen (z.B. trockene Augen, Bindehautentzündung)?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte beschreiben:
3. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, welche?
4. Tragen Sie Kontaktlinsen?
 - Ja / Nein
5. Haben Sie Hautkrankheiten im Gesichtsbereich, insbesondere in der Nähe der Augen?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte beschreiben:
6. Haben Sie in den letzten sechs Monaten Augenoperationen oder Laserbehandlungen im Augenbereich durchgeführt?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte Datum und Details angeben:
7. Haben Sie eine bekannte Empfindlichkeit oder Allergie gegen Klebstoffe oder Wimpernverlängerungsmaterialien?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte beschreiben:
8. Gibt es andere gesundheitliche Bedingungen, die wir wissen sollten?
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte beschreiben:

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. Ich verstehe, dass die Ergebnisse der Wimpernverlängerung je nach natürlichen Wimpern, Nachsorge und individuellen Faktoren variieren können.
3. Ich bin mir der Risiken bewusst, die mit der Wimpernverlängerung verbunden sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf allergische Reaktionen, Augeninfektionen und Wimpernausfall.
4. Ich bestätige, dass mir die Pflegehinweise 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 Dokumentations- und Werbezwecke verwendet werden dürfen.
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: _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift des Kunden: _____

Unterschrift des Behandlers: _____