

Kundenformular für Lippeninjektionen

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. Betäubungsmittel, Hyaluronsäure, Lidocain, Kosmetika):

2. Haben Sie Hauterkrankungen im Gesichtsbereich, insbesondere an den Lippen?

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte spezifizieren:

3. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche?

4. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

5. Leiden Sie an Autoimmunerkrankungen?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, bitte angeben:
-

6. Haben Sie Diabetes?

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

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

- Ja / Nein

8. Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?

- Ja / Nein

9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten andere ästhetische Behandlungen wie Botox oder Filler erhalten?

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

10. Haben Sie in der Vergangenheit bereits Lippeninjektionen erhalten?

- Ja / Nein
 - Wenn ja, wann und welches Produkt wurde verwendet?
-

11. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

- Herpes simplex (Lippenherpes)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

Ästhetische Präferenzen

1. Bevorzugte Lippenform:

- Natürlich
 - Voluminös
 - Definiert
 - Andere (bitte spezifizieren):
-

2. Bevorzugtes Volumen:

- Leicht
 - Mittel
 - Stark
 - Andere (bitte spezifizieren):
-

3. Haben Sie Referenzbilder oder Beispiele für den gewünschten Look?

- 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. Ich bin mir bewusst, dass das Ergebnis der Lippeninjektionen je nach Hauttyp, Nachsorge und individuellen Faktoren variieren kann.**
- 3. Ich verstehe, dass während und nach der Behandlung Risiken wie Infektionen, allergische Reaktionen, Schwellungen, Blutergüsse und ungleichmäßige Ergebnisse auftreten können.**
- 4. Mir wurde erklärt, dass die Behandlung zeitweise Unannehmlichkeiten verursachen kann und dass das Endergebnis von der Reaktion meines Körpers auf das injizierte Material abhängt.**
- 5. 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.**
- 6. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass während der Behandlung Fotos gemacht werden können, die für Dokumentations- und Werbezwecke verwendet werden dürfen.**
- 7. 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: _____