

## Einverständniserklärung

Dieser Vertrag kommt zu Stande zwischen:

**My Style Beauty by Natacha Fehrlin, Klösterli 1, 8222 Beringen (nachfolgend „das Studio“ genannt)**

Und (nachfolgend „Kunde“ genannt):

Nachname _____	Vorname _____
Strasse/Nr. _____	Plz, Ort _____
Telefonnr. _____	Geburtsdatum _____
E-Mail _____	

Wie haben Sie uns entdeckt? Fb/Instagram  Empfehlung \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Phiremoval sie eine Permanent Make-Up Entfernungsbildung wobei ein spezielles Produkt (Glykolsäure) unter die Gesichtshaut gebracht wird, um altes PMU der Augenbrauenform, Augen, Lippen oder ein Tattoo zu entfernen

Behandlungsstelle: \_\_\_\_\_

Kosten 1. Behandlung: \_\_\_\_\_

Jede weitere Behandlung: \_\_\_\_\_

Das Studio verpflichtet sich, das vom Kunden gewünschte Removal ordnungsgemäss und nach gesundheitstechnischen Vorschriften an der vereinbarten Hautstelle auszuführen.

Die Abnahme hat unmittelbar nach der Durchführung der Behandlung durch das Studio schriftlich zu erfolgen. Etwaige Mängel sind jeweils festzuhalten.

### Gesundheitsfragen:

Um Ihre Pigmentierung optimal durchführen zu können, bitten wir den Kunden die nachstehenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäss zu beantworten. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

## Einverständniserklärung

Der Kunde versichert, dass er zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist und keinen Alkohol oder Drogen konsumiert hat. Folgende Gesundheitsfragen sind massgebend und die wahrheitsgemässe Beantwortung der Fragen ist Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten, welche _____<br>(Info: die Haltbarkeit kann durch die Einnahme von Medikamenten beeinträchtigt sein) | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker  | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                       |
| <input type="checkbox"/> Bluter  | <input type="checkbox"/> Herpes Simplex (Fieberblasen)                   |
| <input type="checkbox"/> Allergie, welche _____  | <input type="checkbox"/> Sind sie Schwanger? oder stillen sie?           |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung, chemisches Peeling   | <input type="checkbox"/> Chemotherapie                                   |
| <input type="checkbox"/> Implantate/Unterspritzungen (Botox etc.)  | <input type="checkbox"/> Hautirritation/Hautkrankheiten, welche _____    |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Chronische oder akute Krankheiten, welche _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV (Aids)  | <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung                             |
| <input type="checkbox"/> Keloidnarbenbildung   | <input type="checkbox"/> leichte Hämatombildung                          |
|  | <input type="checkbox"/> Kortison/Antibiotika Einnahme derzeit           |

Nein= X      Ja= ✓

Was möchten Sie entfernen? \_\_\_\_\_

Wie alt ist das PMU/Tattoo? \_\_\_\_\_ durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Was möchten sie daran ändern? \_\_\_\_\_

### Zusicherungen des Kunden

Der Kunde bestätigt hiermit:

- Das Studio hat den Kunden vor der Unterschrift über den Hintergrund der Behandlungsmethode, die Art der Behandlung, die Ziele und Notwendigkeiten, erwartete Ergebnisse der Behandlung, den Fortschritt der Behandlung, die Anzahl und Frequenz der Behandlungen, die Risiken und möglichen Komplikationen in Bezug auf die Behandlung, die weitere Behandlung der Gesichtspartien die während der Behandlung verletzt werden, sowie die anzuwendenden Maßnahmen, die Instrumente und anderen Materialien die genutzt werden, informiert. Alle Fragen des Kunden wurden beantwortet und auf Verlangen des Kunden, alle Aspekte der Behandlung, die dem Kunden Sorge bereiten, erklärt.
- Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, hat das Studio den Kunden auf mögliche Probleme und Krankheiten hingewiesen, die die Ausführung der Behandlung nicht ratsam machen. Der Kunde leidet nicht an Hämophilie, Diabetis Mellitus, Hepatitis, HIV und/oder anderen ansteckenden Krankheiten und ist nicht schwanger oder am stillen. Der Kunde ist sich darüber im Klaren, dass jeder dieser Zustände eine Ausführung der Behandlung verhindert. Der Kunde nimmt keine Blutverdünner, keine blutverdünnenden Schmerzmittel oder regelmäßig eingenommene entzündungshemmende Medikamente ein.
- Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung, informiert der Kunde die Fachkraft über vergangene Krankheiten und ihre medikamentöse Behandlung um den Einfluss auf die Behandlung einschätzen zu können. Bei Unsicherheit wird ein schriftliches Attest des behandelnden Arztes für die Ausführung der Behandlung verlangt.
- Der Kunde hat 24 Stunden vor der Behandlung weder Alkohol noch süchtig-machende Substanzen oder Stimulatoren zu sich genommen und wurde darüber informiert dieses auch in den 24 Stunden nach der Behandlung zu unterlassen.
- Der Kunde versteht, dass er/sie Schmerzen empfinden wird, die durch das Auftragen einer speziellen Betäubungscreme örtlich reduziert werden können. Erhältlich in der Apotheke!

## Einverständniserklärung

- Der Kunde versteht, dass während oder nach der Behandlung Folgendes eintreten kann: Schwellung, Erhöhung des Blutdrucks, Rötung, Reizung, Schmerzen, Juckreiz, Trockenheit, allergische Reaktion oder Schorfbildung. All diese möglichen Folgeerscheinungen verschwinden mit der Zeit. Der Kunde ist darauf hingewiesen worden wie er/sie sich nach der Behandlung verhalten soll, in welchem Zeitraum die Nebenwirkungen verschwinden sollten und wie er/sie die Behandlung mit anderen kosmetischen Behandlungen und Produkten abstimmt.
- Der Kunde versteht, dass die Behandlung die Haut verletzt. Daher ist die angemessene Nachsorge der Haut zwingend notwendig um eine komplikationslose Heilung der Haut sicherzustellen. Eine unangemessene Hautpflege kann zu Problemen bei der Wundheilung, einer Infektion oder zu Vernarbungen führen. Haftung und Schadensersatzansprüche gegen die Fachkraft oder das Institut für Komplikationen jeglicher Art und deren Folgeschäden sind somit ausgeschlossen.
- Der Kunde wurde informiert, im Falle von Komplikationen auf jeden Fall das Institut oder einen Arzt aufzusuchen
- Der Kunde hat das uneingeschränkte Recht selber die Behandlung zu beauftragen und durchführen zu lassen, es sind keine Einverständniserklärungen anderer erforderlich. Der Kunde beauftragt die Ausführung der Behandlung freiwillig und nach Abschätzung aller Umstände. Der Kunde ist damit einverstanden, dass das Studio bei der Durchführung von Phiremoval einen Eingriff an seinem Körper vornimmt und dieser seinen Körper verletzt.
- Vor der Unterschrift dieser Einverständniserklärung hat der Kunde den Wortlaut dieser Einverständniserklärung durchgesehen, die Gelegenheit gehabt ihn mit eigens ausgewählten Personen durchzusprechen, darüber nachzudenken und zu bewerten. Der Kunde versteht den Wortlaut und den Sinn dieses Dokuments und ist mit den Regelungen einverstanden. Der Kunde gibt sein Einverständnis zur Durchführung der Behandlung und bestätigt das durch seine Unterschrift auf diesem Dokument. Der Kunde versteht, dass er/sie im Falle von irgendwelchen Fragen, er/sie sich an die Fachkraft wenden soll. Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift, einen Abdruck (Kopie) dieses Vertrages erhalten zu haben.

### Kundenerinnerung und Nachpflege

- Desinfizieren sie bei Augenbrauen- und Lippen-Removal in den ersten 7 Tagen die behandelte Partie mit Octenisept (in der Apotheke oder Drogerie erhältlich) oder Phiwipes 1- max 2 x täglich. Ansonsten halten Sie die behandelte Hautpartie für 48 Stunden nach der Behandlung komplett trocken. (Bei Lidstrich Entfernung entfällt das desinfizieren/reinigen).
- Ab dem dritten Tag reinigen Sie die behandelte Stelle mit feuchter Watte (morgens und abends). Bei starker Verkrustung lassen Sie die Watte für 10 Min als Kompresse auf der behandelten Stelle wirken. Anschliessend tragen Sie die von der Fachkraft mitgegebene Creme (Skin Candy) mehrmals täglich auf die behandelte Hautpartie auf. Wenn die Haut spannt, darf gerne nochmals nachgecremt werden.
- Am ersten Tag nach der Behandlung ist die Haut empfindlich und kann rot und schuppig werden sowie nassen. Der Juckreiz und das stechen kann weitere 2-3 Tage andauern.
- Die stärker beanspruchten Hautpartien bilden Schorf. Dieser löst sich nach ein paar Tagen. Unter keinen Umständen sollte der Schorf berührt oder abgerissen werden.
- Zwischen dem fünften und siebten Tag nach der Behandlung kann ein leichter Hautausschlag erscheinen – dieses ist eine pseudo-allergische Reaktion um tieferliegende Hautschichten zu stimulieren und verschwindet spontan nach ein paar Tagen.
- Vermeiden Sie für die Dauer von 2 Wochen nach der Behandlung öffentliche Schwimmbäder, Sonnenbäder, Sonnenstudios, Saunen, kosmetische Behandlungen, Massagen, Sportstudios und andere körperliche Aktivitäten, die zum Schwitzen und zu erhöhter Lymph-Aktivität führen, den zu nahen Umgang mit Haustieren (häufiges Händewaschen empfohlen) und ein staubiges und unhygienisches Umfeld.
- Vermeiden Sie für die Dauer von sieben Tagen nach der Behandlung den direkten Kontakt mit aktiven, chemischen Substanzen (Vitaminkonzentrate, Vitamine C und A, Säuren und Alkohol).
- Vermeiden Sie für die Dauer von zehn Tagen nach der Behandlung dekorative Kosmetika oder Makeup, Cremen ausser Skincandy.
- Vermeiden Sie für die Dauer von sieben Tagen nach der Behandlung den Missbrauch von Alkohol.
- In den 2 Wochen nach der Behandlung muss der Kunde entweder einmal alle 2 Tage Fotos der behandelten Hautpartie an das Studio übermitteln oder es direkt aufsuchen, damit dieses, mögliche Nebenwirkungen und den Heilungsprozess bewerten und überwachen kann. Das Studio hat das Recht diese Fotos in öffentlichen Präsentationen, zur Vorbereitung von Trainingshilfen und zur Einschätzung der Aktivitäten der Fachkraft in jeglichen Massenmedien (einschließlich des Internets, Werbebroschüren etc.) jederzeit und unbeschränkt zu nutzen.

## Einverständniserklärung

### Die Fachkraft / das Institut:

1. Garantiert, dass die Behandlung in Übereinstimmung mit den Hygieneanforderungen und anderen rechtlichen Bestimmungen des Landes ausgeführt wird, in dem die Behandlung stattfindet.
2. Garantiert die Vertraulichkeit der Kundeninformation und die Sicherheit der persönlichen Daten, sodass keine erhaltene Information an Dritte weitergegeben werden darf.

Vom Studio auszufüllen:

Removal Zone: \_\_\_\_\_

Remover: \_\_\_\_\_

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Hygienemodul: \_\_\_\_\_

Nacharbeit ab: \_\_\_\_\_

Vom Studio auszufüllen:

Removal Zone: \_\_\_\_\_

Remover: \_\_\_\_\_

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Hygienemodul: \_\_\_\_\_

Nacharbeit ab: \_\_\_\_\_

Vom Studio auszufüllen:

Removal Zone: \_\_\_\_\_

Remover: \_\_\_\_\_

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Hygienemodul: \_\_\_\_\_

Nacharbeit ab: \_\_\_\_\_

Vom Studio auszufüllen:

Removal Zone: \_\_\_\_\_

Remover: \_\_\_\_\_

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Hygienemodul: \_\_\_\_\_

Nacharbeit ab: \_\_\_\_\_

Ein Zertifikat mit allen Angaben (Zusammensetzung, Inhaltsangaben) liegt im Studio auf. Das Anästhetikum wurde vom Kunden selbst mitgebracht und selbst aufgetragen. Der Kunde hat sein ausdrückliches Einverständnis dafür gegeben.

Die Kundin ist mit der Behandlung einverstanden, wurde über Ablauf, etwaige Risiken vollständig aufgeklärt. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.

**Die Kundin bestätigt, dass sie unsere Pflegehinweise gelesen/erhalten hat und deren Anweisungen befolgt.**

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Abnahme Studio: \_\_\_\_\_