

# Einwilligungserklärung

Permanent Make-up       Microblading       Micro Tapping/Shading       .....

.....  
Name, Vorname

.....  
Tel.-Nr.

.....  
Straße


.....  
Wohnort

.....  
gegenüber:

.....  
E-Mail

.....  
Pigmentierer

Hiernit bestätige ich, dass ich über die oben genannte Methode ausführlich unterrichtet worden bin.

 Über mögliche Risiken wurde ich aufgeklärt. Weiter wurde ich darauf hingewiesen, dass bei der Behandlung Nadeln/Blades verwendet werden, mit denen Farbpigmente in die obere Hautschicht eingebracht werden. Ich weiß, dass die Farbpigmente in der oberen Hautschicht dauerhaft verbleiben werden. Mir ist weiter bekannt, dass nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, wie dauerhaft und wie farbbeständig das Resultat ist und dass die Dauer und die Farbstärke sich sehr nach Alter, Haut und Umweltbedingungen, in denen der Behandelte lebt, richten.

Mir ist bekannt, dass es aufgrund der Behandlung mit den Nadeln/Blades zu Hautrötungen kommen kann und zu kleineren, vorübergehenden Entzündungen sowie Schwellungen der Haut.

Weiter ist mir bekannt, dass das Farbergebnis in den ersten Tagen nach der Behandlung dunkler erscheinen kann als das endgültige Farbresultat. Ich weiß, dass mehrere Nachbehandlungen nötig sein können.

Ich wurde aufgefordert, in den ersten 8 Tagen nach der Behandlung (Ausnahme Punkt 6)

1. UV-Bestrahlungen sowie längere und bei intensiver Sonneneinstrahlung auch kürzere Aufenthalte in der Sonne,
  2. Sauna- und Schwimmbadbesuche,
  3. das Benutzen von PMU-fremden Kosmetika und Reinigungsprodukten,
  4. das Entfernen von Pigmentkrusten,
  5. dauernden Kontakt mit Wasser,
  6. Sport in den folgenden 24 Std.
- zu unterlassen.

Träger des Herpes Simplex Virus sollten sich vor und nach der Behandlung einer Lippenpigmentation einer Herpesprophylaxe unterziehen. Auch bei Personen, die bisher noch kein Herpes hatten, kann durch eine Lippenpigmentierung Herpes auftreten und die Farbe dadurch ausgeschwemmt werden.

 Kontaktlinsen müssen vor einer Pigmentierung am Auge entfernt werden.

Die Form wurde vorgezeichnet (ja/nein) und das Farbergebnis wurde mir vor der eigentlichen Arbeit demonstriert. Die Vorzeichnung kann ich in einem Spiegel anschauen.

Ich bestätige, dass ich keine blutverdünnenden, entzündungshemmenden Medikamente einnehme und dass keine Erkrankungen vorliegen, die Auswirkungen auf die Behandlung(en) haben. Des Weiteren versichere ich, dass ich nicht an einer Bluter- und/oder Diabeteskrankheit leide und nicht Hepatitis- und/oder HIV-infiziert bin, sowie keinen Alkohol, keine Medikamente oder Drogen zu mir genommen habe. Über weitere Kontraindikationen wurde ich informiert.

Ich versichere weiterhin, dass zur Zeit keinerlei körperliche Beschwerden, Allergien oder Krankheiten bestehen. Zudem versichere ich, dass in den letzten sechs Monaten keine Unterspritzungen im gesamten Gesichtsbereich durchgeführt wurden.

Hiernit erkläre ich ausdrücklich, dass ich eine Behandlung mit der oben genannten Methode wünsche und dass meine zuvor gemachten Angaben richtig sind.

Veränderungen der hier gemachten Angaben sind vor jeder weiteren Behandlung unverzüglich mitzuteilen!

Vergütungshöhe Grundbehandlung .....

Vergütungshöhe Nachbehandlung .....

....., den .....

.....  
Kunde

Im Fall der Minderjährigkeit des Kunden:

.....  
Gesetzlicher Vertreter