



LUXUSLASHES®
FOCUS ON YOUR EYES

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

VOLLSTÄNDIGER NAME

ADRESSE

TELEFONNUMMER

EMAIL

1. Ich wurde ausführlich beraten und mir wurde der Arbeitsablauf eingehend erklärt.
2. Mir wurden die Pflegehinweise für LUXUSLASHES® Wimpernverlängerungen ausgehändigt und erklärt. Die Haltbarkeit der LUXUSLASHES® kann von meinem Handeln beeinträchtigt werden.
3. Es wurde darauf hingewiesen, dass mögliche Allergien auf Kleber und Augenpads auftreten können.
4. Um Augenschäden und Beeinträchtigung des Sehvermögens zu vermeiden, sollten Kontaktlinsen während der Behandlung nicht getragen werden.
5. Die Lashistin/ Der Lashist hat mich bezüglich der Länge und Dichte der Wimpern informiert und ich weiß, dass zu lange und dichte Wimpern meine Eigenwimpern beschädigen können.
6. Entscheide ich mich, trotz Abraten der Stylistin/ des Stylisten, für sehr lange und/ oder sehr dichte Wimpern, meine Eigenwimpern Schaden davon tragen, liegt die Verantwortung bei mir und nicht bei der Stylistin/ dem Stylisten oder LUXUSLASHES®.
Auszufüllen im Falle von Divergenzen:
Empfehlung des Studios (Curl/ Stärke/ Maximallänge): _____
Kundenwunsch (Curl/ Stärke/ Maximallänge): _____
7. Ich wurde informiert, dass die von uns auf Wunsch des Kunden verwendeten Augentropfen in Apotheken rezeptfrei erhältlich sind.
8. Da mit Pinzetten direkt am Auge gearbeitet wird, muss ich der Lashistin/ dem Lashisten ein Husten oder Niesen nach Möglichkeit unbedingt ankündigen. Während der gesamten Behandlung müssen die Augen geschlossen bleiben und ich verhalte mich so ruhig wie möglich.
9. Ich leide **NICHT** an/ habe **KEINE**:
 - Augenverletzung
 - Bindehautentzündung
 - Gerstenkorn
 - Sicca Syndrom (Trockenes Auge)
 - Hornhautentzündung
 - Lidtumor
 - Netzhautablösung

WIR, DAS STUDIO/ DER STYLIST IHRES VERTRAUENS, VERARBEITEN DIE DATEN UNSERER KUNDEN AUSSCHIESSLICH IM RAHMEN DER DSGVO. SÄMTLICHE INFORMATIONEN ÜBER DIE GENAUE VERWENDUNG IHRER DATEN SIND IN UNSERER DATENSCHUTZERKLÄRUNG ENTHALTEN. FÜR GENAUERE DETAILS, FRAGEN SIE IHRE STYLISTIN ODER STUDIOLEITUNG. DAS STUDIO, WELCHES IHNEN DIESES SCHREIBEN AUSGEHÄNDIGT HAT UND DIE GEWÜNSCHTE DIENSTLEISTUNG DURCHFÜHRT, ÜBERNIMMT DIE HAFTUNG FÜR IHRE DATEN.

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT

MIT IHRER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGEN SIE, DASS SIE DEN INHALT GELESEN UND VERSTANDEN HABEN, MIT DER DSGVO EINVERSTANDEN SIND UND ALLE ANGEgebenEN DATEN DER RICHTIGKEIT ENTSPRECHEN.

STEMPEL STUDIO/ NAME STUDIO