Kompetenzzentrum
FÜR ÄSTHETIK & SCHÖNHEIT

Haunstetter Str. 62 · 86343 Königsbrunn
info-schoenheit@gmx.net · WhatsApp +49 159 06243665
www.kompetenzzentrum-augsburg.de

Einverständniserklärung: Glass Skin Behandlung

Intensive Feuchtigkeit und Strahlkraft

Liebe Kundin, lieber Kunde, damit wir uns am Termin ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren können, füllen Sie diese Erklärung bitte vorab aus. Lesen Sie sie in Ruhe durch. Sie ergänzt unser persönliches Aufklärungsgespräch vor der Behandlung, ersetzt es aber nicht.

1. Ihre Angaben

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Termin am

Behandelnde Kosmetikerin (füllen wir aus)

Gebuchte Behandlung

- ☐ Gesicht
- ☐ Hals & Dekolleté zusätzlich

Ihre Auszeit (freiwillig)

Nachdem wir Ihnen die Behandlung und alle Schritte erklärt haben, möchte ich während der Behandlung am liebsten:

- ☐ entspannen und abschalten, gern in Ruhe
- ☐ mich gern unterhalten
- ☐ ganz spontan, je nach Tagesform

2. Über die Behandlung

Eine mehrstufige Pflegebehandlung, die die Haut intensiv mit Feuchtigkeit versorgt und für ein ebenmäßigeres, strahlendes Hautbild sorgt.

Mögliche Begleiterscheinungen und Risiken:

- Vorübergehende Rötung oder Wärmegefühl
- Bei empfindlicher Haut kurzzeitiges Kribbeln
- Selten Unverträglichkeit gegenüber Wirkstoffen

Das Ergebnis ist individuell und hängt unter anderem von Hauttyp, Alter, Lebensstil und Pflege zu Hause ab. Ein bestimmtes Ergebnis kann nicht garantiert werden.

Alternativen: Je nach Wunsch kommen auch Aqua Facial oder Carboxytherapie in Frage. Ich kann mich auch gegen eine Behandlung entscheiden.

Falls im Anschluss eine **LED Skin Therapie** erfolgt: Sie ist schmerzfrei und unterstützt die Regeneration. Bei Epilepsie oder lichtempfindlich machenden Medikamenten verzichten wir darauf.

Haunstetter Str. 62 · 86343 Königsbrunn
info-schoenheit@gmx.net · WhatsApp +49 159 06243665
www.kompetenzzentrum-augsburg.de

3. Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie jede Frage. Ein „Ja" schließt die Behandlung nicht automatisch aus, wir besprechen es gemeinsam.

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Autoimmun- oder Hauterkrankung im Behandlungsbereich (z. B. Neurodermitis, Rosazea, Schuppenflechte)?	☐ Ja	☐ Nein
Neigen Sie zu Lippenherpes oder haben Sie gerade eine akute Entzündung oder offene Stelle im Behandlungsbereich?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Isotretinoin (z. B. Aknenormin) eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien, z. B. gegen Kosmetik, Metalle, Latex oder Betäubungscremes?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Sonnenbrand oder waren Sie im Solarium?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie in den letzten 7 Tagen Peelings, Säuren oder Retinol verwendet?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Epilepsie oder nehmen Sie Medikamente, die lichtempfindlich machen?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn Sie eine Frage mit „Ja" beantwortet haben, beschreiben Sie es bitte kurz:

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

4. Pflege nach der Behandlung

- Heute möglichst kein Make-up
- Feuchtigkeitsspendend pflegen und viel trinken
- Täglich Sonnenschutz mit LSF 30 bis 50

Die ausführliche Pflegeanleitung erhalten Sie bei Ihrem Termin. Bei ungewöhnlichen Reaktionen wie starker Schwellung, Eiterbildung, Fieber oder anhaltenden Schmerzen melden Sie sich bitte sofort bei uns und suchen Sie bei Bedarf eine Ärztin oder einen Arzt auf.

5. Rechtliche Hinweise und Einverständnis

Kosmetische Behandlungen, bei denen die Haut verletzt oder stark beansprucht wird, sind rechtlich nur mit Ihrer wirksamen Einwilligung erlaubt (§§ 223, 228 StGB). Wirksam ist sie nur, wenn Sie vorher verständlich aufgeklärt wurden. Da diese Behandlung rein kosmetisch und medizinisch nicht notwendig ist, klären wir besonders ausführlich auf. Ihre Einwilligung können Sie bis zum Beginn der Behandlung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

☐ Ich wurde in einem persönlichen Gespräch über Ablauf, Wirkung, Risiken, Alternativen, Kosten und die Pflege danach verständlich aufgeklärt. Meine Fragen wurden vollständig beantwortet.

☐ Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und entscheide mich freiwillig für die Behandlung.

☐ Meine Angaben zur Gesundheit sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen teile ich vor jedem weiteren Termin mit. Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlende Angaben zu Komplikationen führen können.

☐ Mir ist bewusst, dass es sich um eine kosmetische Behandlung handelt, die keine ärztliche Untersuchung oder Behandlung ersetzt.

☐ Ich halte mich an die Pflegehinweise und weiß, dass das Ergebnis auch davon abhängt.

☐ Ich willige ein, dass das Kompetenzzentrum für Ästhetik & Schönheit meine Gesundheitsangaben zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung verarbeitet (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Die Unterlagen werden aufbewahrt, solange Ansprüche aus der Behandlung geltend gemacht werden können, und danach gelöscht. Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen, z. B. per E-Mail an info-schoenheit@gmx.net.

☐ Eine Kopie dieser Erklärung erhalte ich auf Wunsch.

Haunstetter Str. 62 · 86343 Königsbrunn
info-schoenheit@gmx.net · WhatsApp +49 159 06243665
www.kompetenzzentrum-augsburg.de

☐ **Ich willige in die Behandlung „Glass Skin Behandlung" ein.**

Fotos (freiwillig)

☐ Vorher-/Nachher-Fotos dürfen zur Dokumentation meiner Behandlung gemacht werden. Sie werden nicht veröffentlicht.

☐ Die Fotos dürfen ohne erkennbares Gesicht und ohne Namen auf Website und Social Media gezeigt werden.

☐ Die Fotos dürfen auch mit erkennbarem Gesicht, ohne Namen, auf Website und Social Media gezeigt werden. Widerruf jederzeit möglich, veröffentlichte Fotos entfernen wir dann.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Kundin / Kunde

Unterschrift Kosmetikerin

Bei Minderjährigen: Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Für das Studio: Dokumentation der Behandlung

Aufklärungsgespräch am / durch

Behandelte Bereiche

Verwendete Produkte / Wirkstoffe

Hautzustand vor der Behandlung

Bemerkungen