

Einverständniserklärung: Permanent Make-up

Microblading, Puderschattierung, Wimpernkranzverdichtung

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

- ☐ Microblading
- ☐ Puderschattierung
- ☐ Wimpernkranzverdichtung Oberlid
- ☐ Wimpernkranzverdichtung Ober- & Unterlid
- ☐ Nachbehandlung

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

Farbpigmente werden mit sterilen Einweg-Nadeln bzw. Einweg-Blades in die oberste Hautschicht eingebracht. Form und Farbe stimmen wir vorher gemeinsam ab, die Vorzeichnung geben Sie vor Beginn frei. Für ein optimales Ergebnis sind meist 2 bis 3 Termine nötig, eine Auffrischung wird nach 1 bis 2 Jahren empfohlen.

Mögliche Begleiterscheinungen und Risiken:

- Rötung, Schwellung und leichte Krusten in den ersten Tagen
- Die Farbe wirkt zunächst kräftiger und hellt beim Abheilen um bis zu 50 % auf
- Ungleichmäßige Farbannahme, die bei der Nachbehandlung ausgeglichen wird
- Farbveränderung über die Jahre (z. B. ins Rötliche, Bläuliche oder Gräuliche)
- Selten Entzündungen, Herpes-Ausbruch (an Lippen), allergische Reaktionen auf Pigmente oder Narbenbildung
- Pigmente können bei MRT-Untersuchungen in seltenen Fällen Wärme oder Bildstörungen verursachen. Bitte weisen Sie vor einer MRT darauf hin.
- Permanent Make-up ist nicht einfach entfernbar. Eine Entfernung ist aufwendig, teuer und Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.

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 Augenbrauen- oder Wimpernfärbung, Henna Brows, Browlifting oder klassisches Make-up in Frage. Ich kann mich auch gegen eine Behandlung entscheiden.

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 Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einen Stent?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente oder haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Diabetes?	☐ 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
Sind Sie aktuell in Krebsbehandlung (Chemo- oder Strahlentherapie)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien, z. B. gegen Kosmetik, Metalle, Latex oder Betäubungscremes?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Botox, Filler oder Fadenlifting?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Sonnenbrand oder waren Sie im Solarium?	☐ Ja	☐ Nein
Neigen Sie zu Wulstnarben (Keloiden) oder Pigmentstörungen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (z. B. Hepatitis, HIV) oder ein geschwächtes Immunsystem?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie bereits ein Permanent Make-up an dieser Stelle?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Augenentzündung oder tragen Sie Kontaktlinsen (bei Wimpernkranz)?	☐ Ja	☐ Nein
Steht in den nächsten Wochen eine MRT-Untersuchung an?	☐ Ja	☐ Nein

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

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Allergietest

- ☐ Mir wurde ein Allergietest (Verträglichkeitstest) vorab angeboten. Ich habe ihn durchführen lassen am: _____
- ☐ Ich verzichte auf eigenen Wunsch auf den Allergietest und kenne das Risiko einer allergischen Reaktion.

4. Pflege nach der Behandlung

- **Augenbrauen (Microblading, Puderschattierung):** In den ersten 3 Tagen bildet die Haut Wundflüssigkeit. Die Augenbrauen stündlich bis alle 2 Stunden mit einem angefeuchteten, gut ausgedrückten Wattepad vorsichtig abtupfen. Ab Tag 3 die Nachpflege nach Bedarf dünn eintupfen, nicht reiben. Spannt oder juckt es, etwas Nachpflege nachtupfen.
- **Wimpernkranz:** In den ersten 3 Tagen den Lidrand morgens und abends mit einem feuchten Wattestäbchen sanft abtupfen und bei Schwellung kühlen. Kontaktlinsen erst wieder, wenn die Augen nicht mehr gereizt sind (in den ersten Tagen besser Brille). Wimperntusche erst ab Tag 7, am besten eine neue.
- Unser Tipp: Leitungswasser ist nicht keimfrei. Wer möchte, nimmt zum Anfeuchten abgekochtes, abgekühltes Wasser.
- Die Stelle 7 Tage nicht nass machen und kein Make-up auftragen
- Krusten nicht abkratzen. Nach dem Duschen nicht mit dem Handtuch über die Stelle reiben, Fasern können an der Kruste hängen bleiben und sie abreißen.
- 2 Wochen keine Sauna, kein Schwimmbad, kein Solarium
- Bei Sonne LSF 50 verwenden (am Auge eine Sonnenbrille), damit die Farbe lange schön bleibt
- Die Nachbehandlung erfolgt nach 4 bis 8 Wochen

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

Rechtlicher Hinweis zum Permanent Make-up

- Beim Permanent Make-up werden Farbpigmente mit Nadeln oder Blades in die Haut eingebracht. Rechtlich ist das, wie eine Tätowierung, ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und damit eine Körperverletzung im Sinne von § 223 Strafgesetzbuch (StGB).
- Dieser Eingriff ist nur erlaubt, weil ich nach vollständiger Aufklärung freiwillig und wirksam einwillige (§ 228 StGB). Meine Einwilligung gilt für eine fachgerechte Ausführung.
- Ich bin mindestens 18 Jahre alt. Bei Minderjährigen führen wir kein Permanent Make-up durch.
- Die verwendeten Farben entsprechen den Vorgaben der EU-Chemikalienverordnung REACH (Anhang XVII, Eintrag 75) und der Tätowiermittel-Verordnung. Die Inhaltsstoffe kann ich vor der Behandlung auf dem Etikett einsehen, Farbe und Charge werden unten dokumentiert.
- Ich weiß, dass das Ergebnis dauerhaft ist und sich nicht vollständig rückgängig machen lässt.

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.
- ☐ Ich bestätige, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin.

☐ Ich willige in die Behandlung „Permanent Make-up“ 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

Vorzeichnung freigegeben (Uhrzeit)

Farbe (Hersteller, Farbton)

Charge / Haltbarkeit der Farbe

Nadel / Blade (Typ, Charge)

Betäubung (Produkt), falls verwendet

Bemerkungen

Für das Studio: Nachbehandlung

Nachbehandlung am / durch

Farbe / Charge

Nadel / Blade (Typ, Charge)

Abheilung / Farbannahme

Bemerkungen