

Einverständniserklärung: Wimpern- & Augenbrauenlifting

auch mit Färbung und Henna Brows

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

- ☐ Wimpernlifting inkl. Färben
- ☐ Augenbrauenlifting
- ☐ Henna Brows

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

Die Wimpern bzw. Brauenhäärchen werden mit einer Lifting-Lotion in Form gebracht und fixiert, anschließend gefärbt und gepflegt.

Mögliche Begleiterscheinungen und Risiken:

- Augenreizungen oder Tränen, wenn Lotion ins Auge gelangt
- Rötung oder Juckreiz an Lidern oder Brauen
- Allergische Reaktion auf Färbemittel oder Henna
- Zu starke oder ungleichmäßige Wellung, die sich mit dem Haarwachstum gibt

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 Wimpern- oder Brauenfärbung ohne Lifting 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? (Hormone können das Ergebnis beeinflussen)	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Augenentzündung, Bindehautentzündung oder ein Gerstenkorn?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Augen-OP (z. B. Lasern)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien gegen Haarfarbe, Henna, PPD oder Kosmetik?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Hauterkrankung an Lidern oder Brauen?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie Kontaktlinsen? (Bitte vor der Behandlung herausnehmen)	☐ Ja	☐ Nein
Nutzen Sie Wimpern- oder Brauenseren?	☐ 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

- 24 Stunden nicht nass machen, kein Make-up an Wimpern und Brauen
- 24 Stunden keine Sauna, kein Dampf
- Nicht reiben, nicht auf dem Gesicht schlafen
- Danach täglich mit einem pflegenden Öl oder Serum pflegen

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.

☐ Ich willige in die Behandlung „Wimpern- & Augenbrauenlifting“ 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

Verwendete Produkte / Farbe

Einwirkzeit

Bemerkung zum Ergebnis

Bemerkungen