Einverständniserklärung für Permanent Make-up

ANNA ZIMMER
-PERMANENT-

Sehr geehrte/geehrter Kund:in, bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus. Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen. Vor jeder weiteren Behandlung wird Ihnen diese Einverständniserklärung zur Kontrolle und Unterzeichnungen vorgelegt.

Nachname _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Mobil _____ Tel.: _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Beruf_____

Folgende Gesundheitsfragen werden vertraulich behandelt.
Diese Informationen sind notwendig, bitte Zutreffendes ankreuzen. (Risikobereich & Kontraindikationen)

Einnahme von **Medikamenten** JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Diabetes JA □ / NEIN □

Blutverdünnende Mittel JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Herpes Simplex (Fieberblasen) JA □ / NEIN □

Erkrankungen JA □ / NEIN □

Laser/chemisches Peeling JA □ / NEIN □
Wann war die letzte Behandlung?_____

Geschlechtserkrankungen JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Fieberhafte Infekte JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Herzschrittmacher JA □ / NEIN □

Epileptiker JA □ / NEIN □

Narkose/ OP (letzte 3-6 Monate) JA □ / NEIN □

Wochen JA □ / NEIN □

Wenn ja, welche?_____

Anaphylaktischer Schock JA □ / NEIN □

HIV positiv JA □ / NEIN □

Ich bin **Raucher:in** JA □ / NEIN □

Hepatitis JA □ / NEIN □

Allergien JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Chronische, akute

Wenn ja, welche?_____

Schwangerschaft / Stillzeit JA □ / NEIN □

Verwenden Sie eine Retin-A Schälkur / Creme? JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Hautirritationen/Hautkrankheiten JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Immunschwäche/Autoimmunkrankheiten JA □ / NEIN □
Wenn ja, welche?_____

Chemotherapie / Krebserkrankung JA □ / NEIN □

Impfungen in den letzten 4

Ekzeme / Schuppenflechte JA □ / NEIN □

Hoher/niedriger **Blutdruck** JA □ / NEIN □

Trifft einer dieser Punkte zu oder sollten Komplikationen während oder nach der Behandlung auftreten, bitten wir Sie Ihren Arzt zu konsultieren. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur Gefährdung der Kund:innen oder die Stylistin führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko, jede Haftung wird abgelehnt, etwaige Arztkosten, die aus der Behandlung entstehen, werden nicht übernommen.

Angaben Ihres Vertrauensarztes:
NAME: _____ TEL: _____

Folgende Fragen sind wichtig für Ihre Permanent Make-up Behandlung, bitte vollständig und wahrheitsgemäss beantworten: (Risikobereich & Kontraindikationen)

Der Kunde / Die Kundin versichert, dass er/sie:

zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist.	☐ JA	☐ NEIN
keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert hat.	☐ JA	☐ NEIN
keine blutverdünnende Mittel wie z.B. Aspirin oder sonstige, eingenommen hat.	☐ JA	☐ NEIN
keine Hautanomalien hat, die den Heilungsverlauf stören könnten.	☐ JA	☐ NEIN
bei Verletzungen eine normale Wundregeneration hat (keine Rötungen, Schwellungen).	☐ JA	☐ NEIN
zum Zeitpunkt der Behandlung keine Periode hat (ansonsten eventuell schmerzempfindlicher).	☐ JA	☐ NEIN
keine Allergien hat.	☐ JA	☐ NEIN

Der/Die Kund:in hat mit dem Arzt seines/ihres Vertrauens gesprochen und stimmt trotz vorhandener Heilungs- oder Gesundheitsstörungen der Behandlung ausdrücklich zu. JA / NEIN

Kundeninformation

1. Die Haltbarkeit einer Permanent Make-up Zeichnung hängt unter anderem auch von der Hautbeschaffenheit, oder der Vorgeschichte eines bereits vorhandenen PMUs ab. Die gemeinsam besprochene Farbauswahl sowie die ausgewählte Pigmentationstechnik haben ebenso einen Einfluss auf das Ergebnis. Eine wesentliche Rolle hat ausserdem die korrekte Pflege der pigmentierten Hautstellen nach der PMU Behandlung durch Kund:innen an den darauffolgenden Tagen zu Hause. Eine zeitliche Haltbarkeits- oder Verblassungsgarantie kann deshalb nicht gegeben werden, jede Haut hat ihren eigenen Hautstoffwechsel, welcher von vielen Faktoren abhängig ist. Unerwünschte Farbveränderungen können nicht ausgeschlossen werden.

2. Nach der Behandlung wird die pigmentierte Stelle intensiver erscheinen und es kann in den ersten Tagen zu leichten Reaktionen, wie eine vorübergehende Schwellung, Rötungen und Spannungsgefühlen, kommen. Es bildet sich eine Microkruste, diese darf nicht berührt oder abgekratzt werden. Dieser Schorf fällt von selbst ab. Bei einer Schwellung kühlen Sie bitte die behandelten Stellen regelmässig. Bitte befolgen Sie nach der Behandlung ca. 2 Wochen lang alle Pflegehinweise.

3. Sind Sie Herpesträger, dann empfehlen wir Folgendes: Bei einer Lippenbehandlung kann der Herpes Simplex Virus ausbrechen. Bitte besorgen Sie vorbeugend ein geeignetes Medikament von Ihrem Arzt. Eine Lippenpigmentierung kann nach Ausbruch eines Herpes Simplex Virus unregelmässig sein. Je nach Intensität der Herpesausbrüche (auch von früheren Erkrankungen) kann die Haut bereits diverse Vernarbung oder Depigmentationen aufweisen. Dies bedeutet, dass meistens mehrere Sitzungen bis zu einem zufriedenstellenden Ergebnis benötigt werden.

4. Das Ergebnis der Behandlung wird erst nach 4 Wochen sichtbar. Die Haut benötigt Zeit für die Regeneration. Da jede Person einen anderen Regenerationsprozess/Stoffwechsel hat, können eine oder mehrere Nachbehandlungen notwendig sein. In Einzelfällen kann, trotz mehrerer Nachbehandlungen, das gewünschte Ergebnis nicht erzielt werden, da manchmal die Haut die Farbpigmente nicht gleichmässig oder gar nicht aufnimmt. Dies kann häufig auf Medikamenteneinflüsse oder Vorgeschichten von Herpes zurückgeführt werden. In seltenen Fällen kann durch unvorhersehbare Einflüsse die Farbe in der Haut verlaufen. Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann deshalb nicht gegeben werden.

5. Es darf erst 4 Wochen nach dem Pigmentieren eine MRT-Behandlung durchgeführt werden. Die Pigmentfarben sind dann in den ersten Hautschichten gut eingelagert. In seltenen Fällen kann sich die Stelle mit dem PMU während einer MRT-Untersuchung erwärmen.

6. Die pigmentierten Stellen vor intensiven UV-Strahlen (z.B. Solarium) schützen. In den ersten 2 Wochen hohe Luftfeuchtigkeit (z.B. Saunabesuch), Schwimmbad vermeiden.

7. Wenn bereits eine ältere Permanent Make up/ Microblading Zeichnung besteht und eine Korrektur oder Nacharbeit durch uns erfolgt, wird darauf hingewiesen, dass es möglich ist, dass die tief liegende oder ältere Farbe nach gewisser Zeit wieder zum Vorschein kommen kann bzw. aufgrund chemischer Zusammensetzung farblich mit der Zeit dominiert. Es kann somit keine Garantie für den dauerhaften Behandlungserfolg übernommen werden.

8. In seltenen Fällen können allergieähnliche Reaktionen (Zellansammlungen, bleibende Hautveränderungen, Trockenheit, Pigmentstörungen, Empfindlichkeit, Schwellung, Schuppung) oder Hautreizungen als Reaktion auf die Behandlung auftreten. Für die Verträglichkeit der Behandlung kann daher keine Garantie gegeben werden.

9. Exzessive UV-Bestrahlung in den ersten Wochen vermeiden.

10. Risiko Photoaktivität (= photochemische Reaktion): Pigmentation wirkt dadurch leicht erhaben und es kann zu einem brennenden Gefühl kommen. Achtung, dies kann auch mit zeitlicher Verzögerung auftreten.

11. Die Entfernung von Permanent Make up/ Microblading ist mit modernsten Lasertechniken durch einen spezialisierten Facharzt möglich. Das Entfernen von weissen Farbpigmenten ist mit dem Laser nicht umsetzbar, da er diese Pigmente nicht erkennt. Es ist möglich, weisse Pigmente an entsprechenden Pigmentierungsstellen, wie den Augenbrauen, mit der SC Removal Methode zu entfernen. Bei allen Entfernungsmethoden kann keine Garantie zur vollständigen Entfernung der Pigmentfarben aus dem Gewebe gegeben werden.

12. Eine Permanent Make up Zeichnung kann bei Erreichen der Volljährigkeit oder ab dem 16. Lebensjahr mit Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten erfolgen.

13. Swiss Color Pigmente entsprechen der Verordnung des EDI über Gegenstände für den Schleimhaut-, Haut- und Haarkontakt (Verordnung über Gegenstände für den Humankontakt, HKV, SR 817.023.41) Stand: Version 1. Mai 2017 und der ResAP(2008)1 sowie der Verordnung der Kommission zur Änderung des Anhangs XVII der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung (REACH) chemischer Stoffe betreffend Stoffe in Tätowier- oder Permanent Make up-Farben. Die Pigmentfarben enthalten geringe Mengen von Nickel sowie Chrom (VI) und können allergische Reaktionen hervorrufen. Unter www.swiss-color.com finden Sie noch mehr detaillierte Informationen.

14. Rechtliche Lage beim Pigmentieren: Das Anbringen von PMU oder andere Pigmentierungen auf der Haut stellt einen schmerzlichen, nicht unerheblichen Eingriff in die körperliche Integrität eines Menschen dar und kann als Körperverletzung gemäss §§1325 ABGB und 83 StGB gewertet werden, falls keine rechtskräftige Einverständniserklärung vorliegt. Kund:innen müssen aktiv, umfassend und freiwillig der Behandlung zustimmen.

15. Bei jeder Folgebehandlung ist der/die Kund:in verpflichtet, erneut mit seiner/ihrer Unterschrift die Einwilligung zu bestätigen.

16. Ich bin damit einverstanden, dass Bilder von Teilabschnitten der Behandlungsstelle (Lippe, Lidstrich oder Augenbrauen) aufgenommen bzw. Filmsequenzen erstellt werden. Diese werden möglicherweise zu Schulungs- und Marketingzwecken veröffentlicht (z.B. Social Media, Facebook/Instagram etc.).

□ JA □ NEIN

Behandlungsdauer und Nachbehandlung

Die Permanent-Make-up-Behandlung umfasst zwei Sitzungen.

Zwischen der Erstbehandlung und der zweiten Sitzung muss ein Abstand von mindestens 4 Wochen liegen.

Die zweite Sitzung muss spätestens innerhalb von 2 Monaten nach der Erstbehandlung erfolgen.

Wird diese Frist nicht eingehalten, verfällt der Anspruch auf die im Behandlungspreis enthaltene Nachbehandlung. Eine spätere Behandlung wird als Auffrischung berechnet und ist entsprechend der gültigen Preisliste zu bezahlen.

Terminabsage & Nichterscheinen

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Bei einer Absage weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin oder bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage kann eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 % des regulären Behandlungspreises berechnet werden.

Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe, sowie die Pflegehinweise erhalten habe und deren Anweisungen befolgen werde. Farbauswahl und Form wurden eingehend besprochen und mit mir festgelegt. Ich hatte die Gelegenheit, den Stylist:innen jede Frage zur Behandlung zu stellen. Ich bin mit der Permanent Make-up Behandlung einverstanden und wurde über Ablauf, Risiken vollständig aufgeklärt. Die Behandlung erfolgt auf mein eigenes Risiko und ich mache das PMU freiwillig.

Ich bestätige hiermit auch, dass ich die Deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrsche.
Daten werden laut der neuen DSGVO verarbeitet und gespeichert.

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Datum, Ort: _____ **Datum, Ort:** _____

Unterschrift des/der Kund:in: Unterschrift der PMU Stylistin:

_____ _____

Mit jeder Unterschrift bestätige ich, dass meine Daten in der Einverständniserklärung unverändert sind.