

Clearlinecosmetics

Beauty & More

WIMPERNVERLÄNGERUNG
UV System/ Normal

NAME :

WIMPERNVERLÄNGERUNG

FORMULAR ZUR KUNDENAUFNAHME

Name: _____

Geburtsdatum _____ Alter: _____ Frau Mann _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kontakt- und Notfallnummer _____

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Gesundheit und Krankengeschichte

Leiden Sie unter Vorerkrankungen oder chronischen Krankheiten? NEIN Ja
Bitte beschreiben Sie diese.

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? NEIN Ja
Wenn ja, beschreiben Sie bitte

Hatten Sie in letzter Zeit eine Operation oder einen medizinischen Eingriff? NEIN Ja
Wenn ja, beschreiben Sie bitte

Hatten Sie in der Vergangenheit allergische Reaktionen auf Medikamente oder Substanzen? Bitte beschreiben Sie diese.

Leiden Sie unter bekannten Hautallergien oder -empfindlichkeiten? NEIN Ja
Wenn ja, beschreiben Sie bitte

Geschichte der Wimpernverlängerung

Hatten Sie bereits Behandlungen oder Eingriffe im Zusammenhang mit Wimpernverlängerungen? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte. NEIN Ja

Welche besonderen Anliegen oder Ziele haben Sie für Ihre Wimpernverlängerungssitzung?

Gab es in Ihrer Vergangenheit Erkrankungen, die sich auf Ihre Wimpernerfahrung auswirken könnten, wie etwa empfindliche Augen, Allergien oder Infektionen? Falls ja, beschreiben Sie diese bitte. NEIN Ja

WIMPERNVERLÄNGERUNG

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit stimme ich zu und ermächtige _____

um das folgende Verfahren durchzuführen: _____

Obwohl alle Vorkehrungen getroffen werden, um Ihre Sicherheit und Ihr Wohlbefinden vor, während und nach der Anwendung der Wimpernverlängerung zu gewährleisten, beachten Sie bitte die folgenden Informationen und potenziellen Risiken.

Bitte paraphieren Sie jede Erklärung:

_____ Mir ist bewusst, dass ein kompletter Satz Wimpernverlängerungen das Aussehen meiner natürlichen Wimpern verbessern und sie um etwa 30-50 % dicker und 20-50 % länger machen können.

_____ Mir ist bewusst, dass Wimpernverlängerungen ein inhärentes Risiko für Reizungen der Augenhöhle und der Augen selbst bergen. Dies kann zu Stechen, Brennen, verschwommenem Sehen oder in seltenen Fällen zu potenzieller Erblindung führen, wenn Klebstoff ins Auge gelangt oder eine allergische Reaktion auftritt.

_____ Mir ist bewusst, dass es bei Kontakt der Haut mit dem Bindemittel zu Reizungen, Juckreiz oder Brennen kommen kann.

_____ Mir ist bewusst, dass mein Auge mit Wasser gespült wird, wenn das Bindemittel mit meinem Auge in Kontakt kommt, und dass mir geholfen wird, sofort ärztliche Hilfe aufzusuchen.

_____ Mir ist bewusst, dass es sich um ein semipermanentes Verfahren handelt, da meine natürlichen Wimpern weiterhin wachsen und natürlich ausfallen. Um das ursprüngliche Aussehen beizubehalten, sind Nachbesserungs- oder „Füll“-Termine erforderlich, um die ausgefallenen Wimpern zu ersetzen.

_____ Mir ist bewusst, dass zwar jede Anstrengung unternommen wird, die von mir gewählte Länge und Fülle zu erreichen, das Endergebnis jedoch von meiner ursprünglichen Vorstellung abweichen kann.

_____ Mir ist bewusst, dass es wichtig ist, alle im Kundenaufnahmeformular angeforderten Informationen genau und vollständig anzugeben.

_____ Ich bestätige, dass ich alle Erkrankungen und Umstände im Zusammenhang mit meiner Krankengeschichte, meiner aktuellen Medikamenteneinnahme und etwaigen früheren Reaktionen auf Produkte oder Medikamente offengelegt habe.

_____ Mir ist bewusst, dass während des Eingriffs weitere Umstände auftreten oder entdeckt werden können, die meine Verträglichkeit beeinträchtigen könnten.

_____ Ich bin mit der Verwendung von „Vorher-Nachher“-Fotos zur Dokumentation sowie für eventuelle Werbe- und Promotionzwecke einverstanden.

WIMPERNVERLÄNGERUNG

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

_____ Ich verstehe und bin damit einverstanden, dass ich während des Eingriffs meine Augen geschlossen halte.

_____ Mir ist bewusst, dass ich bei etwaigen Bedenken diese mit meiner Wimpernverlängerungsspezialistin besprechen werde.

_____ Auf folgende Punkte mache ich die zertifizierte Wimpernverlängerungs-Profi durch Setzen eines Häkchens aufmerksam:

- Derzeitiges Tragen von Kontaktlinsen, die ich während des Eingriffs möglicherweise herausnehmen muss.
- Aktuelle Verwendung von ölhaltigen Sonnenschutzmitteln oder Feuchtigkeitscremes um die Augen.
- Derzeitige Verwendung von Augentropfen jeglicher Art, verschreibungspflichtig oder rezeptfrei.
- Aktuelle Allergien oder Empfindlichkeiten.
- Vorgeschichte wiederkehrender Augen- oder Tränenkanalinfektionen.
- Vorgeschichte trockener Augen oder Sjögren-Syndrom.
- Jüngste Geschichte der Chemotherapie.
- Andere medizinische Bedingungen, die das Anbringen und Befestigen von Wimpernverlängerungen verhindern oder beeinträchtigen würden.

_____ Ich stimme den folgenden Hinweisen zur Nachsorge und Pflege einer Wimpernverlängerung zu:

- Keine wasserfeste Wimperntusche.
- Keine ölbasierten Produkte im Augenbereich.
- 24-48 Stunden nach der Anwendung darf kein Wasser mit der Augenpartie in Kontakt kommen.
- Kein Färben oder Dauerwellen von Wimpernverlängerungen.
- Kein Ziehen oder Reiben der Wimpernextensions.
- Sollten Augentropfen jeglicher Art erforderlich sein, muss besonders darauf geachtet werden, dass die Wimpernverlängerungen nicht mit Feuchtigkeit in Berührung kommen.

Diese Vereinbarung gilt für diesen Eingriff und alle zukünftigen Nachuntersuchungen durch die zertifizierte Wimpernverlängerungs-Spezialistin. Ich verstehe, dass meine Wimpernverlängerungs-Spezialistin alle Vorkehrungen treffen wird, um negative Reaktionen so weit wie möglich zu minimieren oder auszuschließen. Ich entbinde die Wimpernverlängerungsspezialistin und ihr Personal von jeglicher Haftung, die sich aus dieser Behandlung ergibt. Ich bestätige, dass ich die obigen Aussagen gelesen und vollständig verstanden habe und die Möglichkeit hatte, sie zu besprechen und Antworten auf etwaige Fragen zu erhalten.

Ich verstehe das Verfahren und akzeptiere die damit verbundenen Risiken. Ich mache die Wimpernverlängerungsspezialistin, deren Unterschrift unten erscheint, nicht für etwaige Vorerkrankungen verantwortlich, die zum Zeitpunkt dieses Verfahrens nicht offengelegt wurden und durch die heute durchgeführte Behandlung beeinträchtigt werden könnten.

Ich bestätige, dass ich alle Informationen in dieser Vereinbarung gelesen und vollständig verstanden habe. Ich bin über 18 Jahre alt und stimme dieser Vereinbarung und dem Verfahren zur Wimpernverlängerung zu.

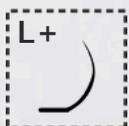
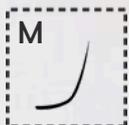
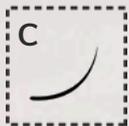
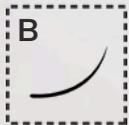
NAME

UNTERSCHRIFT

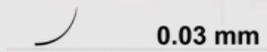
DATUM

WIMPERNVERLÄNGERUNG WIMPERN-FÜHRER

WIMPERNKRÜMMUNG



WIMPERNDICKE



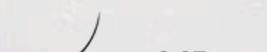
0.03 mm



0.05 mm



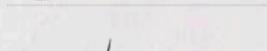
0.06 mm



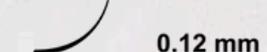
0.07 mm



0.10 mm



0.12 mm



0.15 mm



0.18 mm



0.20 mm

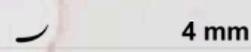


0.25 mm



0.30 mm

WIMPERNLÄNGE



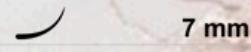
4 mm



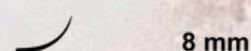
5 mm



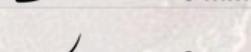
6 mm



7 mm



8 mm



9 mm



10 mm



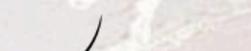
11 mm



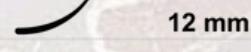
12 mm



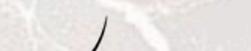
13 mm



14 mm

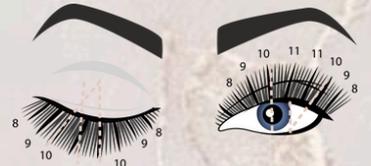


15 mm

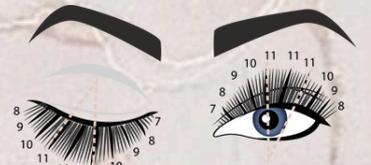


22 mm

WIMPERNSTIL



Natürlich



Rund



Puppenhaft
/ Süß

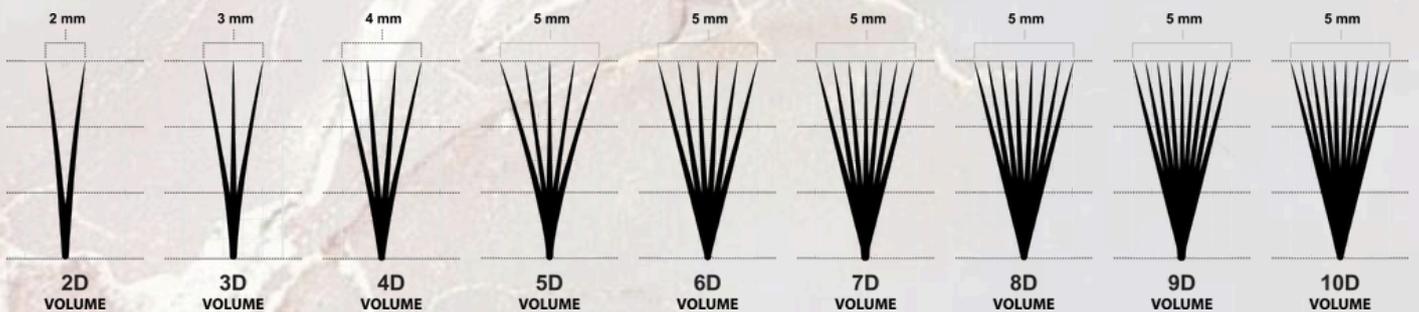


Katzen-/
Fuchsaugen



Eichhörnchen

VOLUMENWIMPERN

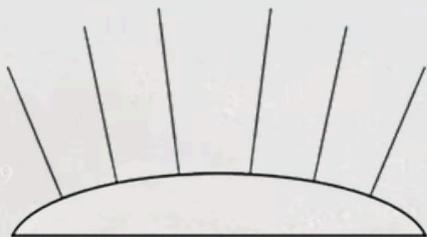


WIMPERNVERLÄNGERUNG

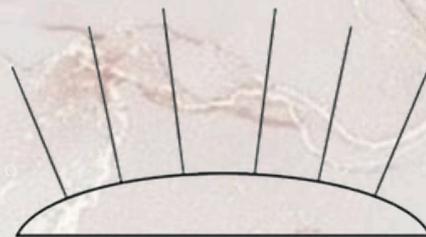
CLIENT-DESIGN-DATENSATZ

Name: _____

Telefon: _____



Linkes Auge



Rechtes Auge

ERWEITERUNGSENTWURF

Dienstleistung: Voll Auffüllen Entfernung Andere _____

Anwendung: Klassisch Hybrid Volumen Mega Volumen

Wimperntyp: Synthetisch Seide Nerz Andere _____

Verlängerungsstil: Natürlich Rund Puppenhaft/Süß Katzen-/Fuchsaugen

Eichhörnchen Andere _____

Wimpernkrümmung: _____ Wimpernlänge: _____

Wimperndicke: _____ Fächer: _____

HINWEISE

WIMPERNVERLÄNGERUNG

FORMULAR ZUR FREIGABE VON FOTOS UND VIDEOS

KUNDENINFORMATION

Name: _____

Telefon: _____

Wir bitten höflich um Ihr Einverständnis, diese Fotos für Werbezwecke, beispielsweise Portfolios, Online- und Printanzeigen und ähnliche Materialien, verwenden zu dürfen.

Damit wir fortfahren können, ist Ihre Zustimmung unbedingt erforderlich. Bitte überprüfen Sie die folgenden Optionen und geben Sie Ihre Präferenz an, indem Sie die entsprechende Antwort einkreisen und Ihre Unterschrift leisten.

Darüber hinaus markieren wir unsere Kunden gerne auf Fotos, die wir auf unserem Instagram-Profil teilen!

Wenn Sie dies zulassen oder ablehnen möchten, teilen Sie uns dies bitte mit, indem Sie unten die entsprechende Option auswählen.

Danke schön!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, Sie können sie gerne verwenden | <input type="checkbox"/> Ja, bitte tagge mich auf Instagram |
| <input type="checkbox"/> Nein, bitte nicht verwenden | <input type="checkbox"/> Nein, bitte tagge mich nicht |

NAME

UNTERSCHRIFT

DATUM

WIMPERNVERLÄNGERUNG

STORNIERUNGSBEDINGUNGEN

Unser Ziel ist es, qualitativ hochwertige Versorgung zeitnah zu bieten. Um dies zu gewährleisten, haben wir eine Termin- und Stornierungsrichtlinie eingeführt. Termine sind sehr gefragt und eine frühzeitige Stornierung gibt einem anderen Kunden die Möglichkeit, rechtzeitig behandelt zu werden. Diese Richtlinie hilft uns, die Nutzung der verfügbaren Termine für alle unsere Kunden zu optimieren.

Bei der Buchung Ihres Termins müssen Sie eine Anzahlung _____ leisten, die auf die Kosten Ihrer Behandlung(en) angerechnet wird.

Die Zeit ist speziell für Ihren Termin, Ihr Verfahren oder Ihre Behandlung reserviert. Wenn Sie Ihren Termin absagen oder verschieben müssen, müssen Sie uns dies mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin mitteilen, damit Ihre Anzahlung einbehalten oder auf eine zukünftige Buchung angerechnet werden kann. Bei einer Frist von weniger als 24 Stunden verfällt die Anzahlung.

Sollten Sie mehr als 15 Minuten zu spät zu Ihrem Termin erscheinen, gilt dies als Nichterscheinen und Ihre Anzahlung verfällt.

Gerne beantworten wir Ihre Fragen zu dieser Widerrufsbelehrung.

Ich habe die oben stehenden Bestimmungen zur Terminstornierung gelesen und vollständig verstanden und stimme zu, an ihre Bedingungen gebunden zu sein. Ich stimme zu, im Falle eines versäumten Termins die Stornierungsgebühr zu zahlen.

NAME

UNTERSCHRIFT