

Clearlinecosmetics

Beauty & More

Removal / PMU Entfernung

Name

Removal/ PMU Entfernung

Kontaktdaten

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. NEIN Ja

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

Geschichte des Permanent Make-ups

Hatten Sie bereits Behandlungen oder Eingriffe im Zusammenhang mit
Permanent Make-up? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte. NEIN Ja

Welche besonderen Anliegen oder Ziele haben Sie für Ihre Permanent Make-up-
Behandlung?

Leiden Sie in der Vergangenheit unter Hauterkrankungen wie Ekzemen,
Schuppenflechte oder Keloiden oder leiden Sie an anderen
Empfindlichkeiten im Behandlungsbereich? Falls ja, beschreiben Sie diese
bitte. NEIN Ja

Removal/ PMU Entfernung

KONSULTATIONSFORMULAR

Überlegungen zur Behandlung

Sind Sie Raucher oder regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?	NEIN	Ja
Setzen Sie Ihr Gesicht häufig der Sonne aus? Verwenden Sie Sonnenschutzmittel auf den behandelten Stellen?	NEIN	Ja
Gehen Sie Aktivitäten nach, die zu übermäßigem Schwitzen oder Reiben der behandelten Stelle führen könnten?	NEIN	Ja
Befolgen Sie bestimmte Diätvorschriften oder nehmen Sie Medikamente ein, die den Heilungsprozess Ihrer Haut beeinträchtigen könnten?	NEIN	Ja
Sind Sie sich der Nachbehandlungspflege bewusst, die erforderlich ist, um die Ergebnisse Ihres Permanent Make-ups zu erhalten?	NEIN	Ja
Stehen bei Ihnen bevorstehende Ereignisse oder Anlässe an, die den Heilungsprozess oder die Nachsorge beeinträchtigen könnten?	NEIN	Ja
Sind Sie bereit, die bereitgestellten Pflegeanweisungen für die Nachbehandlung zu befolgen, einschließlich der Verwendung bestimmter Produkte oder der Vermeidung bestimmter Aktivitäten?	NEIN	Ja
Haben Sie sich vor Kurzem einem Peeling oder einer anderen Hautbehandlung an der zu behandelnden Stelle oder in deren Nähe unterzogen?	NEIN	Ja
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	NEIN	Ja

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden:

Ich habe dieses Formular wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich bin damit einverstanden, den Techniker über alle Änderungen der zuvor bereitgestellten Informationen zu informieren. Ich bin damit einverstanden, meinen Techniker und den Arbeitgeber von jeglicher Haftung für Schäden oder Verluste freizustellen, die durch die Verfälschung meiner Krankengeschichte entstehen.

NAME

UNTERSCHRIFT

DATUM

Removal/ PMU Entfernung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER KUNDEN

Ich erkläre mich hiermit einverstanden und ermächtige _____
den folgenden Eingriff vorzunehmen: _____.

Obwohl alle Vorkehrungen getroffen werden, um Ihre Sicherheit und Ihr Wohlbefinden vor, während und nach Ihrem Permanent-Make-up-Eingriff zu gewährleisten, beachten Sie bitte die folgenden Informationen und potenziellen Risiken.

Bitte paraphieren Sie jede Erklärung:

_____ Ich bestätige, dass ich über 18 Jahre alt bin und geistig, körperlich und gesundheitlich gesund bin.

_____ Mir ist bewusst, dass ich permanentes und/oder semi-permanentes kosmetisches Make-up (PMU/SPMU genannt) erhalte, das unter Einhaltung der höchsten Hygienestandards aufgetragen wird und bei dem für jeden Kunden, jede Behandlung und jeden Besuch sterile Einwegnadeln und Pigmentbehälter verwendet werden.

_____ Ich bin mir darüber im Klaren und akzeptiere, dass Permanent Make-up ein Prozess ist, der oft mehrere Behandlungssitzungen erfordert, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen, und dass ein 100-prozentiger Erfolg nicht garantiert werden kann.

_____ Ich verstehe, dass das endgültige Pigmentergebnis je nach Faktoren wie Hautton, Hauttyp, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Lebensstil, Nachbehandlung und allgemeinem Hautzustand variieren kann. Ich erkenne an, dass keine Garantie für exakte Farbergebnisse gegeben werden kann.

_____ Mir ist bewusst, dass die tatsächliche, verheilte Farbe 6-8 Wochen nach jedem Eingriff sichtbar wird.

_____ Ich übernehme die volle Verantwortung für die Entscheidung und Genehmigung der Farbe, Form und Position des PMU/SPMU-Eingriffs, wie während der Beratung vereinbart.

_____ Mir ist bewusst, dass ich den Techniker bevollmächtige, bei unvorhergesehenen Umständen während des PMU/SPMU-Vorgangs die erforderlichen Anpassungen nach eigenem Ermessen vorzunehmen.

_____ Ich akzeptiere, dass bei der Behandlung ungiftige Pigmente verwendet werden und dass die Ergebnisse zwar mit der Zeit verblassen, einige Pigmentspuren jedoch dauerhaft in der Haut verbleiben können.

_____ Ich bestätige, dass ich die Pflegeanweisungen vor und nach dem Eingriff erhalten und verstanden habe und diese strikt befolgen werde. Ich bin mir bewusst, dass eine Nichtbefolgung dieser Anweisungen den Erfolg des Eingriffs beeinträchtigen kann.

_____ Ich wurde darüber informiert, dass jährliche Auffrischungssitzungen empfohlen werden, um die Farbe und das Gesamterscheinungsbild des PMU/SPMU zu erhalten.

PERMANENT MAKE-UP

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER KUNDEN

Ich bin mir bewusst, dass meine Haut unmittelbar nach einer PMU Anwendung anfällig für Infektionen ist. Ich bin mir bewusst, dass ich meinen Hausarzt kontaktieren sollte, wenn ich Anzeichen einer Infektion bemerke.

Ich verstehe, dass die Verwendung von Kosmetika, übermäßiges Schwitzen und Sonneneinstrahlung eingeschränkt werden sollten, bis die Haut vollständig verheilt ist.

Ich verstehe, dass allergische Reaktionen immer möglich sind. Ich erkenne an, dass ein Patch-Test oder Allergietest keine Immunität gegen eine allergische Reaktion garantiert. Ich entbinde den Techniker von der Haftung, falls ich eine allergische Reaktion auf während des Verfahrens verwendete topische Präparate, Pigmente, Farbstoffe oder Anästhetika entwickle.

Mir ist bewusst, dass es unmöglich ist, alle möglichen Risiken und Komplikationen aufzulisten. Ich bestätige, dass ich über die möglichen Vorteile, Risiken und Komplikationen informiert wurde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Rötung oder Verfärbung, vorübergehende Blutungen, Blutergüsse, Schwellungen, Reizungen, Schmerzen, Verblassen oder Verlust von Pigmenten und das Risiko von Fieberbläschen auf den Lippen.

Mir ist bewusst, dass ich im Falle einer MRT-Untersuchung nach dem Eingriff den Radiologen darüber informieren muss, dass ich eine Permanentkosmetikbehandlung mit Eisenoxid trage.

Mir ist bewusst, dass die beim Permanent Make-up verwendeten Pigmente durch die Haarentfernung mit dem Laser, insbesondere auf den Lippen, dunkler oder schwarz werden können.

Mir ist bewusst, dass die Positionierung meines PMU/SPMU-Eingriffs beeinträchtigt werden kann, wenn ich mich für eine Schönheitsoperation, Botox, Restylane oder andere kosmetische oder chirurgische Eingriffe entscheide.

Ich verstehe, dass die Korrektur oder Ausbesserung von Mikropigmentierungen, die von anderen durchgeführt wurden, zusätzliche Risiken birgt, da permanente Pigmente mit unbekannter Zusammensetzung, Marke, Farbe, Alter, Form und anderen Faktoren, die außerhalb der Kontrolle meines Technikers liegen, vorhanden sind. Ich erkenne an, dass über die Erst- und Folgesitzungen hinaus zusätzliche Termine erforderlich sein können.

Ich bin mir bewusst, dass dieser Eingriff zu einer dauerhaften (mehrjährigen) Veränderung meines Aussehens führen kann. Ich verstehe, dass keine Garantien hinsichtlich der Möglichkeit gegeben werden, die Ergebnisse in Zukunft zu ändern oder rückgängig zu machen. Ich bin mir auch bewusst, dass die Entfernung kostspielig sein kann.

PERMANENT MAKE-UP

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER KUNDEN

Ich bin damit einverstanden, dass zu Aufzeichnungs- und Dokumentationszwecken gemäß den Anforderungen der Versicherung des Technikers Vorher- und Nachher-Fotos gemacht werden.

Darüber hinaus genehmige ich die Verwendung außergewöhnlicher Fotos oder Ergebnisse für Werbe- oder Verkaufsförderungsmaterialien und erteile meine Zustimmung zu einer derartigen Verwendung.

Ich bestätige, dass ich weder schwanger bin noch stille, weder an Hepatitis noch an HIV/AIDS leide und derzeit nicht unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol stehe. Ich bestätige, dass alle Medikamente und Erkrankungen meinem Techniker offengelegt und nach bestem Wissen und Gewissen genau auf meinem Aufnahme-/Beratungsformular vermerkt wurden.

Da ich geistig und körperlich gesund bin, entbinde ich hiermit den Techniker bei _____ für immer von allen Ansprüchen wegen Fahrlässigkeit, Schäden oder rechtlichen Schritten, die sich aus meinem PMU/SPMU-Eingriff ergeben oder in irgendeiner Weise damit in Zusammenhang stehen. Ich übernehme die volle Verantwortung für alle Folgen, die sich aus meiner Entscheidung ergeben, mich einem PMU/SPMU-Eingriff durch _____ zu unterziehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich stimme zu, den Techniker über Änderungen der bereitgestellten Informationen zu informieren. Ich bestätige, dass ich keine Krankheit habe, die die gewünschte Behandlung ungeeignet machen würde. Ich werde den Techniker umgehend benachrichtigen, wenn ich während der Behandlung Beschwerden verspüre, damit entsprechende Anpassungen vorgenommen werden können. Ich verzichte auf jegliche Haftung gegenüber meinem Techniker und dem Salon für Verletzungen oder Schäden, die aufgrund falscher Angaben zu meinem Gesundheitszustand entstehen.

Diese Vereinbarung bleibt für diesen Eingriff und alle zukünftigen Nachuntersuchungen durch den Techniker gültig. Ich verstehe, dass diese Zustimmungsvereinbarung rechtsgültig und bindend ist. 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 PMU/SPMU-Eingriff zu. Wenn ich unter 18 Jahre alt bin, bestätige ich, dass meine Eltern oder Erziehungsberechtigten dieser Vereinbarung zugestimmt haben und ihr Verhältnis zu mir wie folgt ist:

Mit seiner/ihrer Unterschrift unten bestätigt er/sie dieses Verfahren und stimmt diesen Bedingungen zu.

Techniker

Kundenname

DATUM

AUGENBRAUN

ANWEISUNGEN ZUR VORPFLEGE

- Vermeiden Sie mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff Alkohol.
- Nehmen Sie am Tag des Eingriffs kein Koffein zu sich.
- Nehmen Sie mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin keine blutverdünnenden Medikamente, einschließlich Schmerzmittel, ein.
- Vermeiden Sie mindestens 48 Stunden vor dem Eingriff Aspirin, Ibuprofen oder Aleve.
- Trainieren Sie am Tag des Eingriffs nicht.
- Vermeiden Sie eine Woche vor Ihrem Termin Sauna oder Solarium.
- Sie dürfen nicht schwanger sein oder stillen.
- Beenden Sie die Einnahme von Fischöl oder Vitamin-E-Präparaten mindestens eine Woche vor dem Eingriff.
- Lassen Sie sich mindestens 2 Wochen vor dem Eingriff keine Botox-Injektionen im Augenbrauenbereich verabreichen.
- Vermeiden Sie mindestens 2 Wochen vor dem Termin ein tiefes Peeling im Augenbrauenbereich.
- Verwenden Sie im Augenbrauenbereich mindestens 4 Wochen lang keine Retinolprodukte, Aknebehandlungen oder Salicylsäure.
- Zum Zeitpunkt Ihres Termins dürfen Sie keine Antibiotika einnehmen.
- Sofern nicht darauf verzichtet wird, wird vor dem Eingriff ein Patchtest durchgeführt.
- Eine Wachsbehandlung sollte mindestens 48 Stunden vor der Behandlung erfolgen, eine Elektrolyse mindestens 5 Tage vorher.
- Vermeiden Sie das Färben der Augenbrauen mindestens zwei Wochen vor dem Eingriff.
- Tragen Sie am Tag des Termins Ihr normales Make-up im Salon.
- Da empfindliche Haut oder sensible Bereiche geschwollen oder gerötet sein können, wird empfohlen, am selben Tag keine gesellschaftlichen Veranstaltungen zu planen.

WAS SIE ERWARTET

In den Tagen unmittelbar nach dem Eingriff erscheint der tätowierte Bereich dunkler, kräftiger in der Farbe und schärfer abgegrenzt. Der vollständige Heilungsprozess dauert etwa 6-8 Wochen, währenddessen die wahre Farbe des Tattoos allmählich zum Vorschein kommt. Im Laufe dieser Zeit wird das Tattoo weicher und heller. Bitte haben Sie Geduld und warten Sie mindestens 6 Wochen, bis sich die wahre Farbe vollständig entwickelt hat.

AUGENBRAUEN

ANWEISUNGEN FÜR DIE NACHPFLEGE

Tag des Eingriffs:

Tupfen Sie den behandelten Bereich vorsichtig mit einem sauberen Tuch ab, um überschüssige Lymphflüssigkeit aufzusaugen. Wiederholen Sie diesen Vorgang nach Bedarf, bis das Nässen aufhört.

Tage 1-7 (Waschen und Feuchtigkeitspflege):

Lassen Sie Ihre Brauen nach dem Waschen vollständig trocknen, bevor Sie eine Feuchtigkeitscreme auftragen. Tupfen Sie sie vorsichtig mit einem sauberen Tuch trocken. Vermeiden Sie die Verwendung von Reinigungsprodukten, die Säuren (Glykol-, Milch- oder AHA-Säuren) oder Peelings enthalten.

Sobald die Kruste/Schorf abgefallen ist, tupfen Sie bei Bedarf den Balsam (PMU Aftercare Gel) mit einem sterilen Wattestäbchen sanft auf Ihre Brauen auf. Tragen Sie nur eine kleine Menge auf - etwa die Hälfte eines Reiskorns pro Braue. Bei richtiger Anwendung erhalten Ihre Brauen ein mattes Finish, kein glänzendes Aussehen.

Tage 5-12 (Schäl-/Abplatzphase):

Unterlassen Sie während dieser Phase das Waschen der Augenbrauen und konzentrieren Sie sich auf die Heilung.

Kratzen Sie nicht an der sich schälenden oder abblätternden Haut, sondern lassen Sie sie auf natürliche Weise abfallen. Wenn die Schuppenbildung abgeschlossen ist (normalerweise nach etwa 10-14 Tagen), ist diese Heilungsphase vorbei und Sie können Ihre normalen Aktivitäten wieder aufnehmen.

Vermeiden Sie weiterhin Produkte mit Wirkstoffen wie Akne- oder Anti-Aging-Behandlungen, Salicylsäure usw. Schützen Sie Ihre Augenbrauen vor UV-Strahlung.

Zusätzliche Tipps:

Vermeiden Sie es, auf Ihrem Gesicht zu schlafen. Versuchen Sie nach Möglichkeit zu vermeiden, dass Sie sich im Schlaf auf Ihr Gesicht rollen, um Ihre Brauen zu schützen.

Um optimale Ergebnisse zu erzielen, ist eine ordnungsgemäße Nachsorge unerlässlich. Befolgen Sie diese Anweisungen sorgfältig, um eine optimale Heilung und lang anhaltende Ergebnisse zu gewährleisten.

AUGENBRAUEN

ANWEISUNGEN FÜR DIE NACHPFLEGE

SOBALD DIE AUGENBRAUEN VERHEILT SIND

- Sonnenschutz: Längerer Sonnenaufenthalt kann zum Verblassen und zur Verfärbung des Pigments führen. Tragen Sie nach der vollständigen Heilung immer Sonnenschutzmittel (LSF 50 oder höher) auf die behandelte Stelle auf.
- Schutzmaßnahmen: Tragen Sie eine große Sonnenbrille und einen Hut für zusätzlichen Schutz. Wenn Ihre Brauen mit Chlor in Berührung kommen, spülen und trocknen Sie die Stelle gründlich.
- Vermeiden Sie bestimmte Produkte: Halten Sie Glykolsäure, Mikrodermabrasion, chemische Peelings und Peelingprodukte vom tätowierten Bereich fern, da die fortgesetzte Anwendung das Pigment aufhellen kann.
- Laserbehandlungen: Wenn Sie sich nach der Heilung des Tattoos einer Laserbehandlung oder Laser-Haarentfernung unterziehen, informieren Sie den Lasertechniker im Voraus. Laserbehandlungen können den tätowierten Bereich dunkler, heller oder verfärben. Gehen Sie nach eigenem Ermessen vor.
- Folgetermine: Sobald der behandelte Bereich vollständig verheilt ist, können bei Ihrem Folgetermin, der nicht früher als 6–8 Wochen nach dem ersten Eingriff stattfinden sollte, eventuelle Anpassungen oder Nachbesserungen vorgenommen werden.
- Keine Garantien ohne angemessene Pflege: Es gibt keine impliziten oder schriftlichen Garantien bezüglich der Ergebnisse, wenn keine angemessene Nachsorge erfolgt.
- Wenn Sie diese Vorsichtsmaßnahmen treffen, bleiben die Farbe und das Aussehen Ihrer tätowierten Augenbrauen im Laufe der Zeit erhalten.

LIPPEN

ANWEISUNGEN ZUR VORPFLEGE

- Vermeiden Sie mindestens 2 Wochen vor Ihrem Termin Botox und/oder kosmetische Füllstoffe im oder um den Behandlungsbereich.
- Verzichten Sie vor der Behandlung auf chemische Peelings und/oder Laserbehandlungen.
- Verwenden Sie vor Ihrem Termin kein Retin-A oder Accutane.
- Vermeiden Sie vor dem Eingriff die Einnahme von Antibiotika oder Steroiden.
- Peelen Sie Ihre Lippen mindestens 5 Nächte vor der Behandlung jeden Abend mit einem natürlichen Peeling (z. B. Zucker und Kokosöl). Tragen Sie nach dem Peeling Vaseline oder Bepanthen-Lippencreme auf, um die Lippen mit Feuchtigkeit zu versorgen und weich zu machen.
- Sorgen Sie für ausreichende Flüssigkeitszufuhr, indem Sie täglich mindestens 8 Gläser Wasser trinken, um den Zustand Ihrer Lippen zu verbessern.
- Nehmen Sie 48 bis 72 Stunden vor dem Eingriff kein Aspirin, Niacin, Vitamin E, Ibuprofen oder Omega-3-Präparate ein, es sei denn, dies ist medizinisch notwendig.
- Vermeiden Sie vor Ihrem Termin sämtliche Blutverdünner.
- Verzichten Sie mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff auf den Konsum von Koffein, Energydrinks oder Alkohol.
- Wenn Sie in der Vergangenheit Fieberbläschen hatten, informieren Sie uns bitte. Wir empfehlen Ihnen, Ihren Arzt zu konsultieren, um das entsprechende verschreibungspflichtige Medikament zu erhalten. Beginnen Sie 5 Tage vor dem Eingriff mit der Einnahme des Medikaments und setzen Sie die Einnahme einige Tage danach fort.
- Vermeiden Sie am Tag des Eingriffs sportliche Betätigung.
- Durch Befolgen dieser Anweisungen vor der Behandlung erzielen Sie optimale Ergebnisse bei Ihrer Lippenbehandlung.

LIPPEN

ANWEISUNGEN FÜR DIE NACHPFLEGE

Wechseln Sie Ihren Kissenbezug: Wechseln Sie zu Hause Ihren Kissenbezug, um eine Verunreinigung zu vermeiden. Beachten Sie, dass Farbrückstände Ihren Kissenbezug bis zu einer Woche nach Ihrem Termin verfärben können.

Tag des Eingriffs: Die Lippen fühlen sich geschwollen, dunkel und sehr trocken an. Bei Bedarf können Sie Eisbeutel auflegen, um die Schwellung zu lindern.

Tag 2-3: Tragen Sie keine feuchtigkeitsspendende Lippensalbe auf.

Ab Tag 4: Tragen Sie abends eine feuchtigkeitsspendende Lippensalbe auf. Verwenden Sie zum Auftragen ein Wattestäbchen, um Verunreinigungen zu vermeiden. Verwenden Sie das PMU Aftercare Gel weiterhin täglich, bis die Stelle vollständig verheilt ist. Sobald die Empfindlichkeit nachlässt, können die Lippen anfangen zu schuppen – das ist normal.

Vermeiden Sie das Zupfen oder Kratzen: Zupfen oder kratzen Sie während des Heilungsprozesses nicht an Ihren Lippen, da dies die Pigmentretention in der Haut erheblich reduzieren kann.

Das sorgfältige Befolgen dieser Anweisungen trägt dazu bei, eine optimale Heilung und langanhaltende Ergebnisse Ihrer Lippenbehandlung sicherzustellen.

LIPPEN HEILEN STUFEN

TAG 2

TAG 1



Schwellung, Empfindlichkeit und intensive Farbtintensität.

TAG 2



Die Schwellung geht zurück, Trockenheit beginnt. Farbe zu dunkel.

TAG 3-4



Verkrustung und Schälung. Starke Trockenheit

TAG 5-6



Weitere Schälung möglich. Die Farbe sieht viel heller aus.

TAG 7-10



Ghosting-Phase. Die Farbe wirkt sehr hell.

TAG 28



Die Farbe hat sich in ihrem endgültigen Ton gesetzt.

PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSREGISTER

KUNDENINFORMATION

Name: _____

Telefon: _____



INITIALVERFAHREN

TOUCH-UP

PIGMENT/S
VERWENDET

BLADE/S
BENUTZT

ANÄSTHESIE
VERWENDET

SCHMERZSTUFE 1-
10

Removal/ PMU Entfernung

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 |

Unterschrift des Kunden

Datum

Removal/ PMU Entfernung

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