

Clearlinecosmetics

Beauty & More

Microneedling
&
BB- Glow

NAME:

Microneedling & BB-Glow

BERATUNGSFORMULAR

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?
Wenn ja, beschreiben Sie bitte

Geschichte der Gesichts- und Hautpflege

Haben Sie bereits Behandlungen oder Eingriffe an Ihrem Gesicht oder
Ihrer Haut vorgenommen? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte.

Welche besonderen Anliegen oder Ziele haben Sie für Ihre Gesichts-
oder Hautpflegebehandlung?

Leiden Sie in der Vergangenheit unter Hauterkrankungen wie Akne,
Rosazea oder Ekzemen? Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.

Microneedling & BB-Glow

BERATUNGSFORMULAR

Überlegungen zur Behandlung

Sind Sie Raucher oder regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?

NEIN Ja

Setzen Sie Ihr Gesicht häufig der Sonne aus? Benutzen Sie Sonnenschutzmittel für Ihr Gesicht?

NEIN Ja

Gehen Sie Aktivitäten nach, die Ihre Haut belasten oder schädigen könnten, wie etwa intensive körperliche Betätigung oder Arbeit im Freien?

NEIN Ja

Befolgen Sie bestimmte Ernährungseinschränkungen oder Diäten, die sich auf die Gesundheit Ihrer Haut auswirken könnten?

NEIN Ja

Sind Sie sich der Nachbehandlungspflege bewusst, die zur

Aufrechterhaltung optimaler Ergebnisse erforderlich ist?

NEIN Ja

Stehen bei Ihnen bevorstehende Ereignisse oder Anlässe an, die Ihre

Verfügbarkeit für die Behandlung oder Genesung beeinträchtigen könnten?

Sind Sie bereit, die Anweisungen zur Nachbehandlung zu befolgen, einschließlich der Verwendung bestimmter Produkte oder der Vermeidung bestimmter Aktivitäten?

NEIN Ja

NEIN Ja

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

NEIN Ja

Haben Sie sich vor Kurzem einem Peeling oder einer Peelingbehandlung im Gesicht unterzogen?

NEIN Ja

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden:
Ich habe dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen genau und wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ich verpflichte mich, den Techniker über Änderungen der zuvor bereitgestellten Informationen zu informieren.

Ich entbinde den Techniker und seinen Arbeitgeber von jeglicher Haftung für Schäden oder Verluste, die aus der Verfälschung oder Auslassung meiner Krankengeschichte entstehen.

NAME

UNTERSCHRIFT

DATUM

Microneedling & BB-Glow

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit stimme ich zu und ermächtige _____
um das folgende Verfahren durchzuführen: _____

Ich bin mir bewusst, dass Nebenwirkungen auftreten können, und akzeptiere dieses Risiko voll und ganz. Ich verstehe, dass meine Hautpflegetechnikerin alle Vorkehrungen treffen wird, um mögliche negative Reaktionen zu minimieren oder auszuschließen. Wenn nach meiner Behandlung Komplikationen auftreten, verpflichte ich mich, zuerst meine Hautpflegetechnikerin zu konsultieren. Ich habe die Möglichkeit erhalten, Fragen zu stellen, und alle meine Anliegen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich bestätige, dass ich die bereitgestellten Informationen gelesen und meine Krankengeschichte einschließlich aller relevanten Details genau aufgezeichnet habe. Bei zukünftigen Behandlungen verpflichte ich mich, meinen Hautpflegetechniker über jegliche Änderungen meines Gesundheitszustands oder der oben angegebenen Informationen zu informieren. Ich verstehe, dass Spa-Behandlungen keine medizinischen Behandlungen sind und der Hautpflegetechniker daher keine medizinischen Behandlungen oder Arzneimittel verschreiben kann.

Ich verstehe und stimme zu, dass mein Hautpflegetechniker aus gesundheitlichen Gründen entscheiden kann, dass die Fortsetzung einer Behandlung für mich unsicher ist. In solchen Fällen muss ich möglicherweise eine ärztliche Genehmigung meines Arztes vorlegen, bevor ich die Behandlung wieder aufnehme.

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig sind und dass ich keine Informationen zurückgehalten habe, die für die Behandlung, die ich erhalte, relevant sein könnten. Ich übernehme die volle Verantwortung für eventuell auftretende Nebenwirkungen. Ich stimme der Hautpflege zu, wobei ich verstehe, dass es sich um eine freiwillige Behandlung handelt und keine medizinischen Ansprüche daraus abgeleitet werden. Ich verpflichte mich, die mir mündlich und schriftlich erteilten Nachsorgeanweisungen zu befolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die obige Vereinbarung vollständig gelesen und verstanden habe.

Techniker

Kundenname

GESICHTSPFLEGE & HAUTPFLEGE

BEHANDLUNGSREGISTER

KUNDENINFORMATION

Name: _____

Telefon: _____

HAUTANALYSE

Hauttyp:

Normal Ölig Trocken Empfindlich
 Kombination

Poren:

Bußgeld Geweitet Komedonen Tausende

Feuchtigkeitsgehalt:

Exzellent Gut Gerech t A r m

Elastizität:

Exzellent G ut Gerech t A r m

Akne:

NEIN
 I II III IV

Hautempfindlichkeit:

Normal Empfindlich Überempfindlich

Fine lines (Glogau scale):

Ich - Keine II - Falten in Bewegung
 III - Falten im Ruhezustand IV - Meistens Falten

Microneedling & BB-Glow

BEHANDLUNGSREGISTER



Bekannte Allergien:

Lebensstil:

Aktiv Sitzend

Medikamente:

Bisherige Behandlungen:

ANMERKUNGEN

GESICHTSPFLEGE & HAUTPFLEGE

HAUTTYP-LEITFADEN



NORMAL

Balancen, klar und unempfindlich



EMPFINDLICH

Kann nach der Verwendung bestimmter Kosmetika und Hautpflegeprodukte brennen oder jucken. Kann auch mit Rötungen reagieren



KOMBINATION

Trockener an manchen Stellen (meist Wangen) und Öl an anderen Stellen wie der T-Zone



TROCKEN

Schuppige, abschuppende oder raue Stellen im Gesicht und/oder am Körper



ÖL

Glänzend, fettig aussehend, höchstwahrscheinlich mit sichtbar vergrößerten Poren

Microneedling & BB-Glow

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

Microneedling & BB-Glow

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