



Aufklärungs- & Einverständniserklärung Wimpernverlängerung

Vor- & Nachname des Kunden

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Geburtsdatum

Gesundheitsfragen

Fragen	Ja	Nein
Haben Sie bereits eine Wimpernverlängerung gehabt?		
Bestehen Allergien? Wenn ja welche?		
Haben Sie Heuschnupfen?		
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?		
Haben Sie Kreislaufprobleme oder Epilepsie?		
Leiden Sie unter Phobien (z.B. Klaustrophobie)?		
Leiden Sie aktuell an einer Augenerkrankung (z.B. Bindehautentzündung)?		

Ich bin damit einverstanden, dass mir eine ausgebildete und zertifizierte Wimpernstylistin eine Wimpernverlängerung in meinem Wunschlook an meine Eigenwimpern anbringt. Es werden mit einem Wimpernspezialkleber, meinen Wünschen aber auch dem Gesundheitszustand meiner Naturwimpern entsprechend, individuelle Synthetikwimpern an meine Naturwimpern geklebt.

Vorab habe ich alle notwendigen Informationen zur Wimpernverlängerung erhalten. Zudem wurde ich über den Ablauf einer Wimpernverlängerung und wie ich mich während der Behandlung zu verhalten habe, informiert. Über die möglichen Risiken wurde ich aufgeklärt. Auf des Ergebnis meinGr Behandlung übernimmt das ausführende Studio keine Garantie. Ich versichere, dass ich das alleinige Risiko der Behandlung trage.

Meine Wimpernstylistin hat mich über die Pflege und Haltbarkeit meiner Wimpernverlängerung informiert .
Meine Anweisungen werde ich während und nach der Behandlung befolgen. Ich bin mir darüber im Klaren,
dass weitere Kosten auf mich zukommen, da ich meine Wimpernverlängerung in Abständen von 2-4 Wo-
chen auffüllen sollte. Allergien können jederzeit auftreten. Es wird keine Haftung übernommen.

Ich versichere, Volljährig zu sein Über die Behandlung wurde ich ausreichend Informiert. Ich habe diese In-
formation gelesen und verstanden.

Die während der Behandlung von mir gemachten Bilder oder Videos dürfen veröffentlicht werden.

Auf folgenden Seiten

- auf unserer Homepage Ja Nein
- in sozialen Netzwerken Ja Nein
- auf anderen Plattformen Ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich die Gesundheitsrisiken und Pflegehinweise gelesen und zur Kenntnis ge-
nommen habe.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde