



Aufklärungs- & Einverständniserklärung Augenbrauenlifting/Wimpernlifting

Vor- & Nachname des Kunden

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Geburtsdatum

Hiermit erlaube ich meiner ausgebildeten Stylistin an mir ein/e Wimpernlifting/
Wimpernlaminierung/ Browlifting durchzuführen. Ich wurde von meiner Stylistin darüber
aufgeklärt, dass ich während der Behandlung die Augen nicht ohne Aufforderung öffnen darf.
Sollte während der Behandlung ein unangenehmes Gefühl verspüren oder ein Jucken, Brennen
oder Spannungsgefühl am Lid auftreten, so gebe ich meiner Stylistin sofort Bescheid.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass durch Medikamente oder eine hormonelle Umstellung das
Umformungsergebnis abgeschwächt, in seltenen Fällen verstärkt und erst nach der zweiten
Behandlung ein optimales Ergebnis erzielt werden kann. In wenigen Ausnahmen kann es
vorkommen, dass durch die Beschaffenheit der Naturwimpern (z.B. Bandhaar, Glashaar) ein
Liftingergebnis nicht erzielt werden kann.

Zum derzeitigen Behandlungstermin ist mir keine Schwangerschaft bekannt. Mir ist bewusst,
dass ich die Behandlung in der Schwangerschaft auf meine eigene Verantwortung hin
durchführen lasse und bin mir über die Risiken im Klaren.

Leiden Sie an:	Ja	Nein
Heuschnupfen		
Anderen Allergien (Pflaster, Cyanoacrylate, kosmetische Produkte etc.) <u>Wenn ja welche:</u>		
Asthma		
Trockene Augen		
Andere Augenkrankheiten <u>Wenn ja welche:</u>		
Kreislaufprobleme, Epilepsie oder Klaustrophobie		
Tragen Sie Kontaktlinsen		
Tragen Sie eine Brille		

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 genommen habe.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde