

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

MEDIZINISCHE FRAGEN

☐ Ich bestätige, dass Sabrina's Beautystudio eGbR, Flutstr. 203, 26388 Wilhelmshaven - Inhaberin Sabrina Dörmann, mich umfassend und detailliert über den Behandlungsvorgang und mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Nagelmodellage und Nagelpflege aufgeklärt hat. Meine Fragen wurden vollständig beantwortet.

☐ Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und verstanden habe. Das eine Behandlung nur durchgeführt werden kann, wenn keine gesundheitlichen Gründe dagegen sprechen.

☐ Mir ist bekannt, dass durch unwahre Angaben die Garantie/ Gewährleistung entfällt.

☐ Mir ist bewusst und ich akzeptiere, dass die Behandlung auf eigenes Risiko stattfindet.

☐ Ich bin mit einer telefonischen/ schriftlichen Kontaktaufnahme grundsätzlich einverstanden. Explizit bei Änderungen/ Ausfall von Terminen.

Mit dieser Unterschrift stimme ich einer Behandlung zu und bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Kundenunterschrift

Hattest Du zuvor schon einmal eine Nagelmodellage? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Kaust Du Nägel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

Hast Du brüchige Nägel? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Leidest Du unter Nagelbettentzündungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft etwa?

Hast Du sonstige Probleme mit deinen Nägeln? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Hast Du bekannte Allergien gegen Produkte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Hast Du andere bekannte Allergien? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Hast Du sensible, trockene oder fettige Haut? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was genau?

Hast Du eine Krankheit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nimmst Du regelmäßige Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und warum?

Bist Du schwanger\*? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

\*(nur weibliche Kundinnen)

Sollten wir sonst noch etwas über Dich wissen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was?

Es gehört zu unseren Grundsätzen, Ihre Daten absolut vertraulich zu behandeln. Die DSGVO wird eingehalten. Ihre Daten werden auf schriftlichen Antrag Ihrerseits gelöscht, jedoch ist dann keine Behandlung mehr möglich.

Diese Einverständniserklärung ist bis auf Widerruf gültig.