

Sabrina's BEAUTYSTUDIO

PERMANENT MAKE-UP

Kundenfragebogen

KUNDENINFORMATION

Name: _____ Datum: _____

Geburtstag: _____ Handynummer: _____

Adresse: _____

Hattest Du zuvor schon einmal ein Permanent Make-Up? ☐ ja ☐ nein ☐ Beratungsgespräch
☐ Allergietest

MEDIZINISCHE FRAGEN

Hast oder hattest Du eine der folgenden Erkrankungen oder Reaktionen auf eine Permanent Make-Up?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Alopecia (Haarausfall) | ☐ Augen-OP | ☐ Grauer/Grüner Star |
| ☐ Wimpern gefärbt (<48h) | ☐ Bindehautentzündung | ☐ Schuppenflechte ums Auge |
| ☐ Augenlidentzündung | ☐ Diabetes | ☐ Rosacea (gerezte Augenlider) |
| ☐ Augenliederstraffung | ☐ Trockene/Sensible Augen | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Krebs/Chemo | | ☐ Augeninfektion (kürzlich) |

Reagierst Du allergisch auf Acryl, Latex oder Bei Tattoo-Farben?

☐ Acryl ☐ Latex ☐ Tattoos ☐ Keine

Hast Du andere Allergien? ☐ nein ☐ ja: _____

Ich erkenne hiermit alle Risiken an, die mit der Durchführung des Verfahrens "Permanent Make-Up" verbunden sind, und wurde über mögliche Nebenwirkungen informiert. Alle Bedenken die ich habe wurden mit Sabrina's Beautystudio angesprochen. Ich verstehe, dass Sabrina's Beautystudio alle notwendigen Vorkehrungen treffen wird, um das Auftreten von Risiken während des Verfahrens zu vermeiden. Ich werde mich an alle Pflegehinweise von Sabrina's Beautystudio halten. Ich bestätige, dass alle oben genannten Informationen korrekt sind und ich keine Informationen zurückgehalten habe, die sich auf meine Servicequalität und Risiken im Zusammenhang mit Sabrina's Beautystudio auswirken können. Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt. Ich möchte diese Behandlung durchführen lassen:

Kundenunterschrift

Nur von Sabrina's Beautystudio auszufüllen:

Beratungsgespräch inkl. Allergietest wurde am _____ durchgeführt.

Eine allergische Reaktion lag ☐ vor ☐ nicht vor

SABRINA'S BEAUTYSTUDIO