

Persönliche Daten Erziehungsberechtigte/r

Name: _____

Datum: _____

Geburtstag: _____

Handynummer: _____

Adresse: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter/ mein Sohn

Vor- und Nachname

Geboren am: _____ sich eine Nagelmodellage, -verlängerung oder -pflege machen lässt.

☐ Ich bestätige, dass Sabrina's Beautystudio eGmbH, Flutstr. 203, 26388 Wilhelmshaven - Inhaberin Sabrina Dörmann, mich und meine Tochter/ mein Sohn, 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 meiner Tochter, meines Sohnes auf eigenes Risiko stattfindet.

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

Diese Einverständniserklärung ist beim erstmaligen Besuch des Studios mit einer Kopie des Personalausweises bzw. Reisepasses der Erziehungsberechtigten abzugeben.

Mit dieser Unterschrift stimme ich einer Behandlung meiner Tochter/ meines Sohnes zu und bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Kundenunterschrift

Kundenunterschrift

(1. Erziehungsberechtigte/r) (ggf. 2. Erziehungsberechtigte/r)

MEDIZINISCHE FRAGEN

Hatte meine Tochter/ mein Sohn zuvor schon einmal eine Nagelmodellage? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Kaut meine Tochter/ mein Sohn Nägel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

Hat meine Tochter/ mein Sohn brüchige Nägel? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Leidet meine Tochter/ mein Sohn unter Nagelbettentzündungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft etwa?

Hat meine Tochter/ mein Sohn sonstige Probleme mit deinen Nägeln? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Hat meine Tochter/ mein Sohn bekannte Allergien gegen Produkte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Hat meine Tochter/ mein Sohn andere bekannte Allergien? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Hat meine Tochter/ mein Sohn sensible, trockene oder fettige Haut? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was genau?

Hat meine Tochter/ mein Sohn eine Krankheit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nimmt meine Tochter/ mein Sohn regelmäßige Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und warum?

Ist meine Tochter schwanger*? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

*(nur weibliche Kundinnen)

Sollten wir sonst noch etwas 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.