



Sabrina's
Beautystudio
NAILS & LASHES

PERMAMENT MAKE-UP

Kundenfragebogen

KUNDENINFORMATION

Name: _____ Datum: _____

Geburtstag: _____ Handynummer: _____

Adresse: _____

Hattest Du zuvor schon einmal ein Permament Make-Up? ja nein

MEDIZINISCHE FRAGEN

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

- | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alopecia (Haarausfall) | <input type="checkbox"/> Augen-OP | <input type="checkbox"/> Grauer/Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Wimpern gefärbt (<48h) | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte ums Auge |
| <input type="checkbox"/> Augenlidentzündung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rosacea (gereizte Augenlider) |
| <input type="checkbox"/> Augenliederstraffung | <input type="checkbox"/> Trockene/Sensible Augen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krebs/Chemo | | <input type="checkbox"/> 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 "Permament 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