



Sabrina's  
Beautystudio

NAILS & LASHES



Sabrina's  
Beautystudio  
NAILS & LASHES

# NAGELMODELLAGE

## Einverständniserklärung unter 18

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 eGbR, 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  
(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.

SABRINA'S BEAUTYSTUDIO



# NAGELMODELLE

## Foto & Videoveröffentlichung

Ich gewähre und autorisiere Sabrina's Beautystudio eGmbH hiermit das Recht, alle von mir gemachten Bilder, Videos und/oder Audioaufnahmen zu nehmen, zu bearbeiten, zu verändern, zu kopieren, auszustellen, zu veröffentlichen, zu verbreiten und zu nutzen, um diese in und/oder für alle rechtmäßigen Werbematerialien zu verwenden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Newsletter, Flyer, Plakate, Broschüren, Anzeigen, Presse-Kits, Websites, Social-Media-Seiten und andere gedruckte und digitale Kommunikationsmittel, ohne Zahlung oder sonstige Gegenleistung.

Diese Genehmigung gilt auf unbestimmte Zeit und erstreckt sich auf alle Sprachen, Medien, Formate und Märkte, die derzeit bekannt sind oder später entdeckt werden.

Ich verzichte auf jegliche Rechte an Tantiemen oder anderen Vergütungen, die sich aus der Nutzung des Fotos oder der Aufnahme ergeben oder damit in Zusammenhang stehen.

Ich verstehe und stimme zu, dass diese Materialien Eigentum von Sabrina's Beautystudio eGmbH werden und nicht zurückgegeben werden.

Ich stelle Sabrina's Beautystudio eGmbH hiermit von jeglicher Haftung, Klagen und Rechtsansprüchen frei, die ich, meine Erben, Vertreter, Testamentsvollstrecker, Verwalter oder andere Personen in meinem Namen oder im Namen meines Nachlasses geltend machen könnten.

*Durch meine Unterschrift bestätige ich hiermit, dass ich die obige Freigabevereinbarung vollständig gelesen und vollständig verstanden habe.*

---

Vor- und Nachname

---

Datum

---

Straße, PLZ, Ort

---

Unterschrift



# NAGELMODELLE

## Stornierungsrichtlinien

Liebe Kundin,

unser Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Dienstleistung in einem zeitnahen Rahmen zu bieten.

Um dies zu gewährleisten, müssen wir eine Termin-/Stornierungsrichtlinie einführen.

Termine sind sehr begehrt, und Ihre frühzeitige Absage gibt einer anderen Person die Möglichkeit, zeitnah eine Behandlung zu erhalten. Diese Richtlinie ermöglicht es uns, die verfügbaren Termine besser für unsere Kunden zu nutzen.

Termine sind, gleich aus welchen Gründen, zeitgerecht (mind. 24 Std. vorher, an Wochenenden 48 Std.) abzusagen. Im Falle einer nicht fristgerechten Absage eines Termins wird eine Ausfallgebührenrechnung in Höhe des entfallenen Umsatzes inkl. MwSt. von 19% und einer Bearbeitungsgebühr von 3,- € in Rechnung gestellt. Wir werden aufgrund des versäumten Behandlungstermins von unserer Pflicht zur Behandlung befreit und behalten unseren Vergütungsanspruch gem. § 615 S.1 BGB: „Kommt der Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug, so kann der Verpflichtete für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein.“ Der Vergütungsanspruch bleibt unabhängig davon bestehen, ob der Kunde schuldlos an der Wahrnehmung des Termins gehindert war, oder ob ein schuldhaftes Verhalten zu Grunde lag. Wir sind gem. § 615 S.2 BGB verpflichtet, das durch ausfallen des Behandlungstermins freiwerdende Behandlungspotentials anderweitig zu nutzen und den Termin möglichst mit anderen Kunden zu belegen. Gelingt dies, wird der Vergütungsanspruch gegen den säumigen Kunden nicht realisiert.

Bitte seien Sie zeitgerecht (mind. 10 Minuten) vor Beginn der Behandlung vor Ort.

*Ich habe die obenstehende Stornierungsrichtlinie für Termine gelesen und vollständig verstanden und erkläre mich mit deren Bedingungen einverstanden. Ich stimme zu, die Stornogebühr im Falle eines versäumten Termins zu zahlen.*

---

Vor- und Nachname

---

Datum

---

Straße, PLZ, Ort

---

Unterschrift