



# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## PERMANENT MAKE-UP der AUGENBRAUE für MODELLE

2025

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Permanent Make-up Behandlung im Rahmen einer Schulung. Der/die Kunde/in hat zur Kenntnis genommen, dass er/sie sich im Rahmen der Schulung als freiwilliges Opfer für Übungs- und Schulungszwecke zur Verfügung stellt und damit keinen besonderen Erfolg erwarten kann und darf.

Ein Permanent Make-up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung.

Werden unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, haftet der Kunde/die Kundin selbst für entstandene Schäden.

Die Behandlung erfolgt auf eigenes RISIKO.

Vor- & Nachname:

Telefon:

Straße:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Einwilligungserklärung an Kunden persönlich  
ausgehändigt

Einwilligungserklärung an Kunden per E-Mail  
gesendet

Anmerkung:

BLUTER	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
ZUCKERKRANKHEIT	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
HIV-POSITIV	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
HAUTERKRANKUNGEN (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
ALLERGIEN (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
ANGEBORENE ABWEHRSCWÄCHE bzw. IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
IMMUNSUPPRESSION (künstl. Unterdrückung der Körper-Abwehr)	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
AUTOIMMUNERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
GESCHLECHTSKRANKHEITEN	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
FIEBERHAFTTE INFEKTE / INFEKTIONSKRANKHEITEN	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
SCHWANGERSCHAFT	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
EPILEPTIKER	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
HEPATITIS-ERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
VOLLJÄHRIGKEIT	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
CHRONISCHE/AKUTE ERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
CORTISONBEHANDLUNG	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
EINNAHME VON ANTIDEPRESSIVA	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
BOTOXBEHANDLUNG ODER ÄHNLICHES	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
BILDEREINWILLIGUNG	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
WACHSTUMSSERUM f. Haare Bereich Braue/Wimpern	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
NAMENSNENNUNG	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
AUFENTHALT IN EINEM SCHWELLENLAND (letzten 3 J.)	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....
NARKOSE in den letzten 3 bis 6 Monaten	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN	.....

PROBESTECHEN INKL. DERMATOL. GUTACHTEN  JA  NEIN .....  
 LASERBEHANDLUNG BZW. IPL (wenn nein, geplant?)  JA  NEIN .....  
 Covid Impfung  JA  NEIN wenn ja, wieviel ...

Sollten innerhalb des vorgesehenen Behandlungszeitraumes Veränderungen in Bezug auf die oben genannten Indikationen des Gesundheitszustandes aufkommen, so ist der Kunde/die Kundin eigenständig dafür verpflichtet, diese so bald als möglich bekannt zu geben.

Unrichtige und/oder unvollständige Angaben gehen zulasten des Kunden/der Kundin, der/die für sämtliche daraus entstehenden Nachteile und Schäden haftet.

Ein Restrisiko von allergischen Reaktionen auf Farben und Verbrauchsmaterial kann nie zur Gänze ausgeschlossen werden.

Die Haftung von Gaube ist auf Vorsatz und grobes Verschulden beschränkt.

Die Behandlung kostet ..... Die Bezahlung erfolgt nach der Erstbehandlung; bei Zahlungsverzug wird die Leistung bis zur vollständigen Zahlung ausgesetzt.

Die Behandlung wird in einem Zeitraum von ca. 3 Monaten abgeschlossen.

Es sind bereits PMU's oder Tattoos vorhanden:  JA  NEIN

Wenn ja: .....(Bereich) ..... (Jahr der Behandlung)  
 .....(Bereich) ..... (Jahr der Behandlung)  
 .....(Bereich) ..... (Jahr der Behandlung)

**Vor** der Pigmentierung wurde das Permanent Make-up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:  JA  NEIN

Es wurde das **ungefähre Farbergebnis** demonstriert:  JA  NEIN

Permanent Make-up hält mehrere Jahre. In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut muss man mit Farbabweichungen rechnen und ein eventuelles Nacharbeiten ist notwendig. Die Zweitbehandlung durch den Patienten ist nicht übertragbar. Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen und/oder Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.

Der Kunde/Die Kundin wird aufgefordert in den folgenden 10 Tagen folgendes zu unterlassen, - bei Vernachlässigung der folgend aufgezählten Anweisungen erlischt jedwede Haftung von Gaube:

- **Bis zum 5. Tag nach der Behandlung darf die Braue nicht mit Seife, Make-up Entferner, Kosmetika, Augenbrauenserum oder Ähnlichem in Berührung kommen. Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt.**
- **Zu unterlassen sind im Weiteren übermäßige Sonne, Solarium, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.**
- **Es sind mind. 4 Wochen (außer bei einer dringenden Indikation) bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.**

Eine Vereisungssalbe wurde selbst mitgebracht und aufgetragen.  JA  NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass an meinen Augenbrauen ein PM angebracht wird und wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht. Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-up's aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis: kein Kratzen etc.) und darüber informiert, dass ich ein geeignetes Präparat zur Pflege verwenden sollte (z.B. Bienenwachs Balsam).

Ich bestätige, die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden und den Pflegehinweis und die Kurzbeschreibung für zu Hause erhalten zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

#### HYGIENEABLAUF lt. BGBL 262/2008 §2 (1) Anlage 1

		1. BH	2. BH	3. BH
1.	Vor der Behandlung: Anmischtopfchen ins Ultraschallbad, trocknen lassen bzw. steriles Töpfchen			
2.	Vor d. BH: Einverständniserklärung			
3.	Vor d. BH: Liege abgedeckt mit Papierrolle/mit Medizid rapid mind. 1 Min. desinfiziert			
4.	Vor d. BH: Handdesinfektion Alcoman 3ml/30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben.			
5.	Vor d. BH: Mit Hautdesinfektion Alocderm benetzen und 1 Min. einwirken lassen			
6.	Vor d. BH: Gerät mittels sterilen Handschuhen aufgerüstet			
7.	Nach d. BH: Arbeitsplatz reinigen (= Flächendesinfektion: ggf. Fernbedienung, Flaschen, Lupenlampe, Liege – oben, unten, hinten - alle Arbeitsflächen, Kabeln, Stühle und Arbeitswagen, siehe Desinfektionsplan) mit Medizid Rapid Sprühdesinfektion besprühen und mind. 1 Min. einwirken lassen.			
8.	Nach d. BH: Gerät u. Handstück mit Medizid Tücher mind. 1 Min. gereinigt			
9.	Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt			
10.	Nach d. BH: Pflegehinweis mitgeben			

Wir möchten Sie gerne individuell informieren und beraten. Deshalb bitten wir Sie, der Verwendung Ihrer Daten zu zustimmen. Wir werden diese vertrauensvoll behandeln und sorgsam damit umgehen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen & sensiblen Daten zu meiner Person und Behandlung archiviert werden. Dies erfolgt lt. der DSGVO & dem BGBL, welches 10 Jahre vorschreibt.
- Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten (sensibel & nicht sensibel) an Dritte weitergegeben werden, sofern jene dritten Personen in meine Behandlung mit eingezogen werden müssen. (Sollten Sie diesem Punkt nicht zu stimmen, ist eine Behandlung leider nicht möglich)
- Ich bin damit einverstanden, postalisch, elektronisch und per Telefon über Aktionen, Informationen informiert zu werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Marktforschungszwecke, sowie zu Marketingzwecke benutzt werden

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Möchten Sie ihre Einwilligungserklärung später widerrufen, wenden Sie sich bitte direkt an: unser Institut.

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch: \_\_\_\_\_

Sie kennen uns von: Google | Facebook | Empfehlung (wenn ja, von: \_\_\_\_\_), Modellliste,  
Messe, Zeitschrift (wenn ja, welche: \_\_\_\_\_), war bereits Kunde, Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kund\*in: \_\_\_\_\_

Notrufnummern: 112 EURO Notruf | 144 Rettung | 133 Polizei | 122 Feuerwehr |  
01 406 43 43 Vergiftungsinformationszentrale