

PERS. DATEN

Kunde seit / Datum der Erstaufnahme

Vorname

Name

Bekannte Augenerkrankung:

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Heimpflegeprodukte

Straße:

Empfohlen von:

PLZ / Ort:

Erstbehandlung durchg. von:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum:

BEHANDLUNG

- ☐ GAUBE® Lashes
☐ Wimperndauerwelle
- ☐ Sonstige:



LASHES

ZUSATZ

Kleber

☐ GAUBE® Lashes Diamond Eyelash-Glue
☐ GAUBE® Lashes Extreme Eyelash-Glue
☐ Anderer Kleber:

Wimpernstärke

☐ 0,03mm
☐ 0,15mm
☐ 0,07mm
☐ 0,20mm

Wimpern / Auge

~

Wimpernart

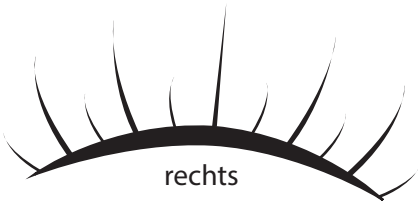
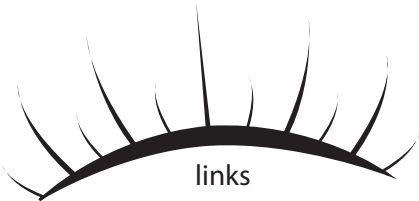
☐ J-Curl
☐ B-Curl
☐ C-Curl
☐ D-Curl

☐ Spezialwimpern Y-Curl/L-Curl
☐ Color C-Curl
☐ Wimpernbüschel
☐ Bandwimpern

Kleberichtlinie

Größen

BittegeklebteGrößeneintragen:



[illegible]