



GAUBE® BROW LIFTING

Information & Einwilligungserklärung für Modelle

2026

Der/die unten genannte Kunde*in unterzieht sich einer unverbindlichen Brow Lifting 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. Des Weiteren bestätige ich mit meiner Unterschrift die weitere Verwendung meiner Fotos für Schulungs-/Übungs-/Marketingzwecke.

Vorsichtsmaßnahmen:

- unbedingt Kontaktlinsen entfernen
- kein Ziehen und Reiben der Augen
- vermeiden Sie die Verwendung von wasserfester Mascara
- 24 Stunden nach der Behandlung:
 - kein heißes Wasser / Dampf
 - keine Kosmetikartikel
 - keine Sauna, kein Solarium oder Vapozon
 - Augen Make-up nur mit dem vorgesehenen, ölfreien Entferner abreinigen

Hiermit bestätige ich die Aufnahme von Vorher/Nachher Fotos für weitere Schulungszwecke und Öffentlichkeitsarbeit.

Bei allen Erkrankungen des Auges und der Augenlider (z.B. Augenverletzungen, Glaukom, Bindehautentzündungen, Augenerpes, div. Allergien wie z.B. Pflasterallergie) ist diese Behandlung zu unterlassen. Bitte beachten Sie, dass sich eine Unverträglichkeit gegen einen der Wirkstoffe auch erst nach Jahren ersichtlich machen kann!

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verfahren im schlimmsten Fall mit Komplikationen beim Auge verbunden sein kann.

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir möchten Sie gerne individuell informieren und beraten. Deshalb bitten wir Sie, der Verwendung Ihrer Daten zuzustimmen. 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 BGL 141. Verordnung der Kosmetik, 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 zustimmen, ist eine Behandlung leider nicht möglich)
- ☐ Ich bin damit einverstanden, postalisch, elektronisch und per Telefon über Aktionen informiert zu werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Marktforschungs-, 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 der Kundin/des Kunden: _____

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