



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

WIMPERN für MODELLE

2026

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Der/die oben genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Wimpernverlängerung im Rahmen einer Schulung. Der Kunde/die Kundin 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- und Marketingzwecke.

Bitte beachten Sie, dass Modelle nur behandelt werden können, wenn KEINE der folgenden Kontraindikationen vorliegen:

ABSOLUTE KONTRAINDIKATIONEN:

BLEPHARITIS – ENTZÜNDUNG DES LIDS	☐ JA	☐ NEIN
HORDEULUM – „GERSTENKORN“	☐ JA	☐ NEIN
CHALAZION – „HAGELKORN“	☐ JA	☐ NEIN
HUMANE PAPILLOMAVIREN	☐ JA	☐ NEIN
VERRUCA VULGARIS	☐ JA	☐ NEIN
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM – DELLWARZE	☐ JA	☐ NEIN
HERPES SIMPLEX – AUGENHERPES	☐ JA	☐ NEIN
ATHEROM DER AUGENLIDER	☐ JA	☐ NEIN
BINDEHAUTENTZÜNDUNG	☐ JA	☐ NEIN
EKZEME	☐ JA	☐ NEIN
ALLERGIE	☐ JA	☐ NEIN

RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN – KÖNNEN ABGEKLÄRT WERDEN:

MINDERJÄHRIGKEIT	☐ JA*	☐ NEIN
AUGENVERLETZUNG ODER KLINISCHE BEHANDLUNG (LETZTEN 6 MONATE)	☐ JA	☐ NEIN
AKTIVE CHEMOTHERAPIE	☐ JA	☐ NEIN
EMPFINDLICHE AUGEN ODER HAUT	☐ JA	☐ NEIN
TROCKENES AUGENSYNDROM (OCULAR ROSACEA; ROSAZEA AM LIDRAND)	☐ JA	☐ NEIN
KONTAKTLINSENTRÄGER	☐ JA	☐ NEIN
SCHWANGERSCHAFT	☐ JA	☐ NEIN
TRICHOTILLOMANIE (ZWANGHAFTES AUSZUPFEN)	☐ JA	☐ NEIN
COVID IMPFUNG	☐ JA	☐ NEIN

Bei allen Erkrankungen des Auges und der Augenlider (z.B. Augenerpes, Augenverletzungen, Bindehautentzündungen, Allergien wie Pflasterallergie und grünem Star/Glaukom) ist diese Behandlung nur nach schriftlicher Freigabe durch einen Facharzt/eine Fachärztin durch zu führen. Bitte beachten Sie, dass sich eine Unverträglichkeit gegen einen der Wirkstoffe/Wimpern auch erst nach Jahren ersichtlich machen kann.

WICHTIG!

Sollte sich während der Behandlung ein Niesreiz einstellen, so sind Sie zur sofortigen Bekanntgabe an die behandelnde Person verpflichtet!

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.

VORSICHTSMAßNAHMEN:

- Unbedingt bei der Anbringung der Wimpern Kontaktlinsen entfernen
- Die Unterlider müssen während der Behandlung abgeklebt werden
- Kein Ziehen und Reiben der Augen mit Wimpernverlängerung
- 24 Stunden nach der Behandlung:
 - kein heißes Wasser / Dampf
 - keine Kosmetikprodukte
 - keine Sauna, kein Solarium oder Vapozon
- Augen Make-up nur mit dem vorgesehenen Entferner ölfrei abreinigen
- Wimperndauerwelle, Lashlifting und Färben sind mit einer Wimpernverlängerung untersagt
- Das Verwenden von wasserfester Mascara sollte tunlichst vermieden werden
- Hiermit bestätige ich die Aufnahme von Vorher/Nachher Fotos für weitere Schulungszwecke und Öffentlichkeitsarbeit.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verfahren der Wimpernverlängerung im schlimmsten Falle mit Komplikationen beim Auge oder den Wimpern verbunden sein kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die schönsten Ergebnisse nur lange schön bleiben/halten, nur wenn ich die empfohlenen Heimpflegeprodukte verwende und mir die Vorsichtsmaßnahmen zu Herzen nehme.

Mit der Zustimmung des Modells wird ein Vorher/Nachher Foto für weitere Demonstrationen / Öffentlichkeitsarbeiten erstellt.

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 141. Verordnung d. 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, 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 uns.
MS GAUBE® Kosmetik GmbH | 8010 Graz

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch: _____

Sie kennen uns von (bitte die zutreffenden Punkte markieren):

Google | Facebook | Instagram | YouTube | Empfehlung (wenn ja, von: _____) | Modellliste | Messe |
Zeitschrift (wenn ja, welche: _____) | war bereits Kundin/Kunde oder Modell | Sonstiges:

Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____

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