



HAIR STIMULUS

Einwilligungserklärung für Kund*innen

2026

Vor- & Nachname:

Telefon:

Straße:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Einwilligungserklärung an Kunden persönlich
ausgehändigt ☐

Einwilligungserklärung an Kunden per E-Mail
gesendet ☐

Der/die genannte Kunde*in unterzieht sich einer Hair Stimulus Behandlung.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise, bevor Sie sich für eine GAUBE Hair Stimulus Anwendung entscheiden. Durch das standardisierte Verfahren biete ich Ihnen höchste Sicherheit, überzeugende Qualität und eine ausführliche und umfassende Beratung. Die/der GAUBE Hair Stimulus Expert*in verpflichtet sich, die hygienischen Richtlinien einzuhalten (Bundesgesetz 141. Verordnung vom 14. Feb. 2003 und 261. Verordnung vom 21. Juli 2008). Die GAUBE Hair Stimulus Module müssen vor den Augen der/des Kund*in aus der Sterilverpackung genommen werden. Das Verfallsdatum muss beachtet und dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Behandlung zu unterbrechen.

VORBEREITUNGEN

Prüfen Sie generell bei Ihrem Hausarzt, insbesondere wenn Sie Medikamente nehmen, ob Krankheiten oder Allergien bei Ihnen vorliegen, die einer Anwendung widersprechen.

Eine Woche vor der Behandlung vermeiden Sie bitte extreme Sonnenbestrahlung. Es ist darauf zu achten, dass 12 Stunden vorher kein Alkohol getrunken wird. Ein Tag vor der Behandlung sollen Besuche von Solarium/Sauna/Schwimmbad vermieden werden.

Waschen Sie direkt vor dem Termin der Behandlung zur Haarrevitalisierung gründlich Ihre Haare.

GAUBE Hair Stimulus Bestandteile

GAUBE Hair Stimulus Bestandteile sind dermatologisch getestet. Trotz ständiger Bemühungen sicherzustellen, dass das Produkt hinsichtlich Qualität und Reinheit höchste Anforderungen erfüllt, besteht die Möglichkeit, dass allergische und toxische Reaktionen auftreten, obwohl bisher keine solchen Reaktionen bekannt sind.

NEBENWIRKUNGEN

Bei fachgerechter Anwendung entstehen langfristig keine Nebenwirkungen. Rötungen, leichte Schwellungen der Haut, kurzanhaltende Entzündungsreaktionen, Hautirritationen, Schorfbildungen, abschuppen der Haut nach der Anwendung und punktuelle Blutungen während der Anwendung sind nicht ungewöhnlich.

Bei Behandlungen am Kopf kann es zu Schwindel und Kopfschmerzen kommen.

HINWEISE

Eine GAUBE Hair Stimulus Anwendung bedarf ausgiebiger Pflege. Bitte befolgen Sie die After Care Hinweise der/des GAUBE Revitalisierungs-Expert*in um Erfolg gewährleisten zu können.

KONTRAINDIKATIONEN

Bluterkrankheit, Blutgerinnungsstörungen	☐ JA	☐ NEIN	.....
Diabetes Mellitus	☐ JA	☐ NEIN	.....
Infektionskrankheiten	☐ JA	☐ NEIN	.....
Allergien	☐ JA	☐ NEIN	.....
Alkohol/ Drogeneinfluss	☐ JA	☐ NEIN	.....
Angeborene Herzfehler	☐ JA	☐ NEIN	.....
Hautanomalien im zu behandelnden Bereich	☐ JA	☐ NEIN	.....
Chemotherapie / Radiotherapie / hochdosierte Kortikosteroid-Therapie	☐ JA	☐ NEIN	.....
Immunsuppression	☐ JA	☐ NEIN	.....
Immundefizienzerkrankung	☐ JA	☐ NEIN	.....
Autoimmunerkrankung	☐ JA	☐ NEIN	.....
Minderjährigkeit	☐ JA	☐ NEIN	.....
Bildeinwilligung	☐ JA	☐ NEIN	.....
Waren Sie in den letzten Jahren in einem Schwellenland?	☐ JA	☐ NEIN	.....
Hatten Sie schon eine Haartransplantation?	☐ JA	☐ NEIN	.....
Covid Impfung	☐ JA	☐ NEIN	wenn ja, wieviel___

EINVERSTÄNDNIS

Die unterzeichnende Person willigt hiermit der GAUBE Hair Stimulus Anwendung zu und bestätigt:

- ✓ Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden.
- ✓ Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.
- ✓ Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu überdenken.
- ✓ Bei mir liegt keine Kontraindikation vor.
- ✓ Mir ist der Ablauf der Behandlung bekannt und ich wurde über die möglichen Risiken einer Anwendung, die erforderlichen Weiterbehandlungen sowie den damit verbundenen Risiken aufgeklärt.
- ✓ Die Pflegehinweise zur Nachbehandlung wurden mir ausgehändigt.
- ✓ Ich bin volljährig und geschäftsfähig. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.
- ✓ Ich stimme der internen Verwendung und Speicherung meiner Daten zu, sowie einer eventuellen Fotodokumentation. Die Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.
- ✓ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

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 Produkte und Verbrauchsmaterial kann nie zur Gänze ausgeschlossen werden.

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

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 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 miteingezogen 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 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 Kund*in,
Sonstiges: _____

Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____

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