



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Permanent Make-up Aufhellungsbehandlung

2026

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Permanent Make-up Behandlung.

Ein Permanent Make-up Behandlung 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.
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	O JA	O NEIN	.....
ZUCKERKRANKHEIT	O JA	O NEIN	.....
HIV-POSITIV	O JA	O NEIN	.....
HAUTERKRANKUNGEN (wenn ja, welche?)	O JA	O NEIN	.....
ALLERGIEN (wenn ja, welche?)	O JA	O NEIN	.....
ANGEBORENE ABWEHRSCWÄCHE bzw. IMMUNSUPPRESSION (wenn ja, welche?)	O JA	O NEIN	.....
AUTOIMMUNERKRANKUNGEN	O JA	O NEIN	.....
BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE	O JA	O NEIN	.....
GESCHLECHTSKRANKHEITEN	O JA	O NEIN	.....
FIEBERHAFTHE INFEKTE / INFEKTIONSKRANKHEITEN	O JA	O NEIN	.....
SCHWANGERSCHAFT	O JA	O NEIN	.....
EPILEPTIKER	O JA	O NEIN	.....
HEPATITIS-ERKRANKUNGEN, A,B,C,D,E,F	O JA	O NEIN	.....
VOLLJÄHRIGKEIT	O JA	O NEIN	.....
CHRONISCHE/AKUTE ERKRANKUNGEN	O JA	O NEIN	.....
CORTISONBEHANDLUNG	O JA	O NEIN	.....
EINNAHME VON ANTIDEPRESSIVA	O JA	O NEIN	.....
BILDEREINWILLIGUNG	O JA	O NEIN	.....
NAMENSNENNUNG	O JA	O NEIN	.....
AUFENTHALT IN EINEM SCHWELLENLAND (letzten 3 Jahren)	O JA	O NEIN	.....
NARKOSE IN DEN LETZTEN 3 BIS 6 MONATEN	O JA	O NEIN	.....
PROBESTECHEN INKL. DERMATOLOGISCHEM GUTACHTEN	O JA	O NEIN	.....
	O JA	O NEIN	.....
LASERBEHANDLUNG BZW. IPL (wenn nein, geplant?)	O JA	O NEIN	.....
COVID IMPFUNG	O JA	O NEIN	wenn ja, wieviel.....

Gewünschte Partie/Körperstelle die aufzuhellen ist:

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.

Die Behandlung beträgt pro Sitzung €-----

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut, muss man mit Farbabweichungen rechnen. Um ein helleres Ergebnis zu erzielen, können mehrere Sitzungen notwendig sein. Eine Aufhellung kann aber nicht garantiert werden.

Besondere Sorgfalt ist bei der Nachversorgung **verpflichtend**. Bitte halten Sie die behandelnde Stelle mit Gaube Desi Spray sauber und pflegen Sie die Partie ausschließlich mit Gaube Medi Gel. **Bei Nicht-Einhaltung der Hinweise muss mit Narbenbildung gerechnet werden.**

Bei und nach der Behandlung kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen oder / und Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab. Unter ungünstigen Voraussetzungen könnte es zu Reaktionen bei einer MR Untersuchung kommen.

Der Kunde/Die Kundin wird aufgefordert in den folgenden 10 Tagen Folgendes zu unterlassen:

- **Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf die behandelte Stelle nicht mit Seife, Kosmetika oder Ähnlichem in Berührung kommen. Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt.**
- **Zu unterlassen sind im Weiteren übermäßige Sonnengänge, Solariumbesuche, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.**
- **Es sind mind. 4 Wochen bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.**

Eine Vereisung wurde selbst mitgebracht und aufgetragen ☐ JA ☐ NEIN

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

Ich wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung der Aufhellung aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und wurde darüber informiert, ein geeignetes Präparat zur Pflege zu verwenden (z.B. Gaube Medi Gel).

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:

		1 BH	2 BH	3 BH
1.	Vor d. BH: Einverständniserklärung			
2.	Vor d. BH: Liege abgedeckt mit Papierrolle/mit Medizid rapid mind. 1 Min. desinfiziert			
3.	Vor d. BH: Handdesinfektion Alcoman 3ml/30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben.			
4.	Vor d. BH: Mit Hautdesinfektion Softasept benetzen und 1 Min. einwirken lassen			
5.	Vor d. BH: Gerät mittels steriler Handschuhe aufgerüstet			
6.	Nach d. BH: Arbeitsplatz mit Medizid rapid Sprühdesinfektion besprühen und mind. 1 Min. einwirken lassen.			
7.	Nach d. BH: Gerät u. Handstück mit Medizid Rapid Tücher mind. 1 Min. gereinigt			
8.	Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt			
9..	Nach d. BH: Pflegehinweis mitgeben			

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch _____

Mit der Unterschrift bestätige ich die Erlaubnis zur Verwendung meiner Fotos für Öffentlichkeitsarbeit.

Die Daten/ausgefüllten Formulare werden mindestens 10 Jahre von Ihrem PMU-Stylisten archiviert.

Sie kennen uns von: Google | Facebook | Empfehlung (wenn ja, von: _____),

Modellliste, Messe, Zeitschrift (wenn ja, welche: _____), war bereits Kunde,

Sonstiges: _____

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 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 Marktforschungszwecken, sowie zu Marketingzwecken benutzt werden

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

Diese Information habe ich, der Kunde/die Kundin vor der Anwendung der Aufhellungsbehandlung gelesen & unterfertigt.

Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____

Notrufnummern: 112 EURO Notruf | 144 Rettung | 133 Polizei | 122 Feuerwehr

01 406 43 43 Vergiftungsinformationszentrale