



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

OPTISCHE HAARBODENVERDICHUNG

2026

Ein Permanent Make-up/Scalp Optic Hair 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.

Werden unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, haftet der Kunde/die Kundin selbst für entstandene Schäden.

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 ABWEHRSCHWÄCHE bzw. IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG	O JA O NEIN
IMMUNSUPPRESSION	O JA O NEIN
(künstl. Unterdrückung der Körper-Abwehr)	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
NARBENGeweBE	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

LASERBEHANDLUNG BZW. IPL (wenn nein, geplant?) ☐ JA ☐ NEIN
Corona Impfung ☐ JA ☐ NEIN

Sollten innerhalb des vorgesehenen Behandlungszeitraumes Veränderungen in Bezug auf die oben genannten Indikationen des Gesundheitszustandes aufkommen, so ist der Kunde 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.

Es wurde das **ungefähre Farbergebnis** demonstriert: ☐ JA ☐ NEIN

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis, wobei ein Nacharbeiten üblicherweise notwendig ist.

Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups/Scalp Optic Hairs 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- bei Vernachlässigung der folgend aufgezählten Anweisungen erlischt jedwede Haftung von Gaube:

- **Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf die behandelte Stelle nicht mit Seife, Kosmetika oder Ähnlichem in Berührung kommen. Auf eine Kopfwäsche sollte in dieser Zeit verzichtet werden.**
- **Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt. Zu unterlassen sind im Weiteren übermäßige Sonnenbäder, Solariengänge, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.**
- **Es sind mind. 4 Wochen (außer bei einer dringenden Indikation) bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.**

Eine Vereisungscreme wurde selbst mitgebracht und aufgetragen. ☐ JA ☐ NEIN

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

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper ein PMU/Scalp Optic Hair angebracht wird und wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-up's/Scalp Optic Hairs aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und wurde darüber informiert, ein geeignetes Präparat zur Pflege zu verwenden. Sollte ich mir das Haar waschen wollen, so verwende ich ausschließlich ein Gaube Hair Stimulus Shampoo.

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. 1Min. 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 mind. 1 Min. gereinigt			
8.	Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt			
9.	Nach d. BH: Pflegehinweis mitgeben			

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 zu stimmen, 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 uns.

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: _____

**Diese Information habe ich, der Kunde/die Kundin vor der
Anwendung des Permanent Make-ups gelesen & unterfertigt.**

Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____

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