



BB-GLOW

Einwilligungserklärung für Kund*innen

2026

Name

Adresse

PLZ / Stadt

Telefonr.

e-Mail

Einwilligungserklärung an Kunden persönlich
ausgehändigt

☐

Einwilligungserklärung an Kunden per E-Mail
gesendet

☐

Bitte beachten Sie folgende Hinweise, bevor Sie sich für eine BB-GLOW Anwendung entscheiden. Durch das standardisierte Verfahren biete ich Ihnen höchste Sicherheit, überzeugende Qualität und eine ausführliche und umfassende Beratung. Die/der BB-GLOW Expert*in verpflichtet sich, die hygienischen Richtlinien einzuhalten (Bundesgesetz 141. Verordnung vom 14. Feb. 2003 und 261. Verordnung vom 21. Juli 2008). Die BB-GLOW Module müssen vor den Augen der 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 werden darf. Ein Tag vor der Behandlung sollen Besuche von Solarium/Sauna/Schwimmbad vermieden werden. Auch sollten keine Enthaarungscremes, Wachs- oder Gesichtsmasken, Haarfärbemittel, aktive Hautschälungs- oder Schleifenbehandlungen, kein Parfum, kein Rasierwasser sowie Make-up aufgetragen und verwendet werden.

BB-GLOW VON GAUBE KOSMETIK®

Die Glow Bestandteile sind dermatologisch getestet. Unsere ständigen Bemühungen sollen sicherstellen, dass das Produkt hinsichtlich Qualität und Reinheit höchste Anforderungen erfüllt. Dennoch besteht die Möglichkeit, dass allergische und toxische Reaktionen auftreten, obwohl bisher keine solchen Reaktionen bekannt wurden.

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.

HINWEISE

Eine GAUBE® Behandlung bedarf ausgiebiger Pflege. Bitte befolgen Sie die After Care Hinweise der GAUBE® Experten, da das Ergebnis dann noch effektvoller ist.

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 (Neurodermitis, Akne, Psoriasis, Ekzeme, etc.)	☐ JA	☐ NEIN
Dermatosen	☐ JA	☐ NEIN
Chemotherapie / Radiotherapie / hochdosierte Kortikosteroid-Therapie	☐ JA	☐ NEIN
Schönheits-OP im Behandlungsbereich / Filler-Injektionen	☐ JA	☐ NEIN
Schwangerschaft	☐ JA	☐ NEIN
Immunsuppression	☐ JA	☐ NEIN
Immundefizienzkrankung	☐ JA	☐ NEIN
Autoimmunerkrankung	☐ JA	☐ NEIN
Geschlechtskrankheiten	☐ JA	☐ NEIN
Minderjährigkeit	☐ JA	☐ NEIN
Bildeinwilligung	☐ JA	☐ NEIN
Waren Sie in den letzten Jahren in einem Schwellenland?	☐ JA	☐ NEIN
Hatten Sie in den letzten 3 – 6 Monaten eine Narkose?	☐ JA	☐ NEIN
Probestechen inkl. Dermatologischen Gutachten erwünscht.	☐ JA	☐ NEIN
Hatten Sie schon eine Laserbehandlung	☐ JA	☐ NEIN
Haben Sie eine Laserbehandlung/IPL im Gesichtsfeld geplant?	☐ JA	☐ NEIN
Covid Impfung	☐ JA	☐ NEIN wenn ja, wieviel___

EINVERSTÄNDNIS

Die unterzeichnende Person willigt hiermit der GAUBE® GLOW 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.

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 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 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 Kunde, Sonstiges: _____

Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____

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