



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Permanent Concealer/Augenringbehandlung

2026

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen
Permanent Concealer Behandlung.

Ein Permanent Make-up/Permanent Concealer 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. IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG	O JA	O NEIN	.....
IMMUNSUPPRESSION (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	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	.....
BOTOXBEHANDLUNG ODER ÄHNLICHES	O JA	O NEIN	.....
BILDEREINWILLIGUNG	O JA	O NEIN	.....
WACHSTUMSSERUM f. Haare im Bereich d. Wimpern	O JA	O NEIN	.....
NAMENSNENNUNG	O JA	O NEIN	.....
AUFENTHALT IN EINEM SCHWELLENLAND (letzten 3 J.)	O JA	O NEIN	.....
NARKOSE in den letzten 3 bis 6 Monaten	O JA	O NEIN	.....

PROBESTECHEN INKL. DERMATOL. GUTACHTEN	O JA	O NEIN	.....
LASERBEHANDLUNG BZW. IPL (wenn nein, geplant?)	O JA	O NEIN	.....
Covid Impfung	O JA	O NEIN	.....

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.

Ein Restrisiko von allergischen Reaktionen auf Farben und Verbrauchsmaterial kann nie zur Gänze ausgeschlossen werden.

Die Behandlung kostet Die Bezahlung erfolgt nach der Erstbehandlung.

Die Behandlung wird in einem Zeitraum von ca. Monaten abgeschlossen.

Es sind bereits PMU's oder Tattoos vorhanden: O JA O NEIN

Wenn ja:(Bereich)(Jahr der Behandlung)
(Bereich)(Jahr der Behandlung)
(Bereich)(Jahr der Behandlung)

Vor der Behandlung wurde das Behandlungsfeld besprochen und mittels Spiegel gezeigt: O JA O NEIN

Es wurde das **ungefähre Farbendergebnis** demonstriert: O JA O NEIN

Die Haltbarkeit von Permanent Concealer ist individuell und von der Haut abhängig. In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut, muss man mit Farbabweichungen rechnen und ein eventuelles Nacharbeiten ist notwendig. Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups/Permanent Concealer kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen und/oder Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.

Eine Bildfreigabe (Ausschnitte rund um das Auge) werden seitens des Kunden/der Kundin freigegeben.

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

- **Bis zum 5. Tag nach der Behandlung darf die behandelte Stelle nicht mit Seife, Make-up Entferner, Kosmetika, Augenbrauen- oder Wimpernserum oder Ähnlichem in Berührung kommen. Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt.**
- **Zu unterlassen sind im Weiteren übermäßige Sonne, Solarium, 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 Vereisungssalbe wurde selbst mitgebracht und aufgetragen. O JA O NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass an meinen Augenlidern/Schatten eine Behandlung angebracht wird und wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht. Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung der Behandlung aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis: kein Kratzen etc.) und darüber informiert, dass ich ein geeignetes Präparat zur Pflege verwenden sollte.

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 lt. BgBL 262/2008 §2 (1) Anlage 1

		1. BH	2. BH	3. BH
1.	Vor der Behandlung: Anmischttöpfchen ins Ultraschallbad, trocknen lassen bzw. steriles Töpfchen			
2.	Vor d. BH: Einverständniserklärung			
3.	Vor d. BH: Liege abgedeckt mit Papierrolle/mit Medizid rapid mind. 1 Min. desinfiziert			
4.	Vor d. BH: Handdesinfektion Alcoman 3ml/30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben.			
5.	Vor d. BH: Mit Hautdesinfektion Softasept benetzen und 1 Min. einwirken lassen			
6.	Vor d. BH: Gerät mittels steriler Handschuhe aufgerüstet			
7.	Nach d. BH: Arbeitsplatz reinigen (= Flächendesinfektion: ggf. Fernbedienung, Flaschen, Lupenlampe, Liege – oben, unten, hinten - alle Arbeitsflächen, Kabeln, Stühle und Arbeitswagen, siehe Desinfektionsplan) mit Medizid Rapid Sprühdesinfektion besprühen und mind. 1 Min. einwirken lassen.			
8.	Nach d. BH: Gerät u. Handstück mit Medizid Tücher mind. 1 Min. gereinigt			
9.	Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt			
10.	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 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: 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