

KARTEIKARTE WIMPERN

PERS. DATEN

Kunde seit / Datum der Erstaufnahme

Vorname

Name

Bekannte Augenerkrankung:

Nein ☐

Ja ☐

Wenn ja, welche?

Heimpflegeprodukte

Straße: _____

Empfohlen von: _____

PLZ / Ort: _____

Erstbehandlung durchg. von: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

BEHANDLUNG

☐ GAUBE® Lashes ☐ Lash-Lifting

☐ Sonstige:



LASHES

ZUSATZ

Kleber

- ☐ GAUBE® Lashes Speed Eyelash-Glue
☐ GAUBE® Lashes Extreme Eyelash-Glue
☐ Anderer Kleber: _____

Wimpernstärke

- ☐ 0,03mm ☐ 0,15mm
☐ 0,07mm ☐ 0,20mm

Wimpern / Auge

~ _____

Wimpernart

- ☐ J-Curl 
☐ B-Curl 
☐ C-Curl 
☐ D-Curl 

☐ Spezialwimpern Y-Curl/L-Curl



☐ Color C-Curl

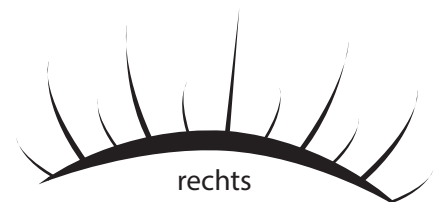
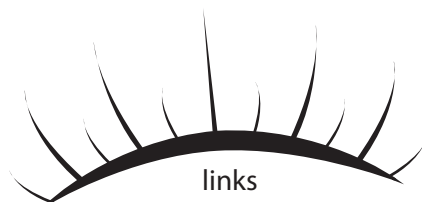


☐ Wimpernbüschel _____

☐ Bandwimpern _____

Kleberichtlinie
Größen

Bitte geklebte Größeneintragen:



[illegible]