

# Einverständniserklärung und Dienstleistungsvertrag

## (PMU Lippen)



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Kunde ist verpflichtet, vor Behandlungsbeginn über bestehendes Krankheitsbild oder Allergien/ Unverträglichkeiten darüber in Kenntnis zu setzen, die in einer Behandlung entgegenstehen. Daher bitten wir um wahrheitsgemässe Angaben. Sollten uns diese verschwiegen bleiben, übernehmen wir für evtl. Schäden jeglicher Art, keine Haftung. Ich bin mit dem Permanent Make-Up einverstanden, kenne den Ablauf sowie die Risiken.

1. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  
 Ja, \_\_\_\_\_  Nein
2. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  
 Ja, \_\_\_\_\_  Nein
3. Leiden Sie an einer Infektion? (z.B. Herpes, Hepatitis, o.ä.)  Ja  Nein
4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Chemotherapie oder Kortison eingenommen?  Ja  Nein
5. Haben Sie in den letzten 3 Tagen Antibiotika oder Kortison eingenommen?  Ja  Nein
6. Leiden Sie an einer Krankheit? (z.B. Autoimmun, Krebs, o.ä.)  
 Ja, \_\_\_\_\_  Nein
7. Rauchen Sie?  Ja  Nein
8. Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein
9. Hatten Sie Reaktionen mit Fieberbläschen, Ekzemen, Herpes?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Beautysalon

