

Einverständniserklärung - Haarbodenverdichtung

www.gaube-kosmetik.at
Stand Oktober 2014

Ein Permanent Make-up 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- u. Zuname: Telefon:
 Straße: Geburtsdatum:
 PLZ, Wohnort: E-Mail-Adresse:

Anmerkung:

| | | |
|---|---|-------|
| BLUTER | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| ZUCKERKRANKHEIT | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| HIV-POSITIV | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| HAUTERKRANKUNGEN (wenn ja, welche?) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| ALLERGIEN (wenn ja, welche?) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| ANGEBORENE ABWEHRSCWÄCHE bzw. IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| IMMUNSUPPRESSION (künstl. Unterdrückung der Körper-Abwehr) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| AUTOIMMUNERKRANKUNGEN | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| GESCHLECHTSKRANKHEITEN | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| FIEBERHAFTTE INFEKTE / INFEKTIONSKRANKHEITEN | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| SCHWANGERSCHAFT | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| EPILEPTIKER | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| HEPATITIS-ERKRANKUNGEN, A,B,C,D,E,F | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| VOLLJÄHRIGKEIT | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| CHRONISCHE/AKUTE ERKRANKUNGEN | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| CORTISONBEHANDLUNG | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | ..... |
| NARBENGeweBE | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> 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.

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

Einverständnis über die Benutzung der Fotos für Schulungszwecke/Marketing: JA NEIN

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis, wobei ein Nacharbeiten im Rahmen einer weiteren Schulung üblicher weiße notwendig ist.

Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups 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 wird aufgefordert in den folgenden 10 Tagen folgendes zu unterlassen:

- **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, Solariumgänge, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.**
- **Es sind mind. 12 Wochen (außer bei einer dringenden Indikation) bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.**

Eine Vereisungscreme, z. B. Emla wurde selbst mitgebracht und aufgetragen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper ein PM 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 aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und wurde darüber informiert, ein geeignetes Präparat zur Pflege zu verwenden (z.B. Permanent Make-up Aloe Vera Gel). Sollte ich mir das Haar waschen wollen, so verwende ich ausschließlich eine Octenisan Hautwaschlotion oder Betaisdona Flüssigseife.

Ich bestätige, die oben stehenden 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 Meliseptol mind. 1Min. desinfiziert | | | |
| 3. | Vor d. BH: Handdesinfektion Softa Man 3ml/30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben. | | | |
| 4. | Vor d. BH: Mit Hautdesinfektion Octenisept farblos benetzen und 1 Min. einwirken lassen | | | |
| 5. | Vor d. BH: Gerät mittels sterilen Handschuhen aufgerüstet | | | |
| 6. | Nach d. BH: Arbeitsplatz mit Meliseptol Sprühdeseinfektion besprühen und mind. 1 Min. einwirken lassen. | | | |
| 7. | Nach d. BH: Gerät u. Handstück mit Meliseptol mind. 1 Min. gereinigt | | | |
| 8. | Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt | | | |
| 9. | Nach d. BH: Pflegehinweis mitgeben | | | |

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

Datum: _____

Unterschrift des Kunden: _____

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch: _____