



Beauty Queen
by Romina Schaefer

Einverständnis erklärung

BROW HENNA

Bitte vor der Behandlung ausfüllen

Name:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefonnummer:
E-Mail:

Leiden Sie unter einer / einem:

Hautkrebserkrankung	JA / NEIN
Neurodermitis	JA / NEIN
Psoriasis	JA / NEIN
Ekzeme im Augenbereich	JA / NEIN
Entzündung im Augenbereich	JA / NEIN
Hautverletzungen im Augenbereich	JA / NEIN
Aktiver Herpes	JA / NEIN
Allergien	JA / NEIN

Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Bei falsch beantworteten Fragen übernehme ich die Verantwortung der entstehenden möglichen Folgen.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos gemacht werden und zu Werbezwecken verwendet werden JA / NEIN

Ich bin mit der Behandlung einverstanden.

Datum / Ort _____

Unterschrift des Kunden _____