



Beauty Queen
by Romina Schaefer

Einverständnis erklärung

Einverständniserklärung / Fragebogen Microneedling / BBGlow Behandlung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen

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

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass nach der Behandlung folgendes auftreten kann:

- Hautrötungen und leichte Ödeme
- Leichtes Brennen (wie bei leichtem Sonnenbrand) der Haut für 3-4 Stunden
- Für 1-2 Tage Spannungsgefühle, Trockenheitsgefühl

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich mindestens 10 Tage vor Behandlung keinen Blutverdünnungsmittel oder Medikamente der erwähnten Gruppen eingenommen habe:

- Aspirin und Migränemittel, Vitamin E und C, Ginko-Präparate, Enzyme

Wenn Sie eine dieser Fragen mit JA beantworten können, dürfen Sie KEINE Behandlung in Anspruch nehmen.

Bitte zutreffend ankreuzen:

Sind Sie schwanger oder befinden Sie sich in der Stillzeit?	JA / NEIN
Haben Sie Blutverdünner eingenommen?	JA / NEIN
Haben Sie zurzeit lokale Entzündungen oder offen Läsionen, die den zubehandelnden Bereich befallen?	JA / NEIN
Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung?	JA / NEIN
Nehmen Sie Kortison?	JA / NEIN
Haben Sie Venenentzündungen?	JA / NEIN
Haben Sie Metallprothesen oder medizinische Transplantate im Bereich des Behandlungsgebietes?	JA / NEIN
Wurden vor kurzen ein schwerwiegender chirurgischer Eingriff vorgenommen?	JA / NEIN
Haben Sie Allergien gegen Hühnereiweiß?	JA / NEIN
Leiden Sie an einer schweren Herzerkrankung?	JA / NEIN
Leiden Sie an Diabetes?	JA / NEIN
Haben Sie eine Hautkrankheit, aktive Herpes, Psoriasis, Vulgaris?	JA / NEIN

Nachbehandlung

Kühlende, hautberuhigende Maske/Produkte auftragen.



Beauty Queen
by Romina Schaefer

Einverständnis erklärung

Behandlungsintervalle

Das Behandlungsergebnis und dessen Nachhaltigkeit variiert von Kunde zu Kunde und ist u.a. sehr stark vom Lebenswandel und den Lebensgewohnheiten des jeweiligen Patienten abhängig.

Aufklärung über Art des Eingriffs

Am __.__.____ wurde ich in einem persönlichen Gespräch mit Frau Romina Schaefer über Art, Zweck und Hergang der oben beschriebenen Behandlung aufgeklärt. Aufgrund der Aufklärung ist mir bekannt, dass selbst bei fachgerechter Durchführung der Behandlung die folgenden Risiken und Nebenwirkungen bestehen.

Aufgrund des Aufklärungsgesprächs ist mir bekannt, dass eine Erfolgsgarantie nicht zu 100% gegeben werden kann. Dennoch wünsche ich die Durchführung der oben näher beschriebenen Behandlung. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit mich zu entscheiden, und habe keine weiteren Fragen mehr. Die von mir gestellten Fragen wurden alle vollständig und für mich verständlich beantwortet.

Nebenwirkungen

Die Behandlung wird als unbedenklich eingestuft, wenn die Microneedling / BBGlow Behandlung sachgemäß angewendet wird. Bei der Behandlung kann ein leichtes Brennen entstehen. Nach der Behandlung können vorübergehend leichte Rötungen oder Schwellungen entstehen. Außerdem können kleine Hämatome oder eine leichte Punktblutung entstehen, die sich in der Regel nach 1-2 Tagen gelegt haben.

Wir garantieren und haften für keine Ergebnisse

Wenn Ihnen die oben aufgeführten Kontraindikationen nicht zu 100% bewusst oder bekannt sind, klären Sie diese zuvor auf alle Fälle mit Ihrem Arzt ab. Wir wenden die beschriebene Behandlung ausschließlich im ästhetischen und kosmetischen Bereich an.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass von uns aus kein Heilversprechen oder Heilaussage beabsichtigt ist und keine Heilung, Behandlung oder Linderung von Beschwerden oder einer Erkrankung angeboten oder versprochen wird. Sollten Unsicherheiten auftauchen, ist es sicherlich von Vorteil und empfohlen, diese Anwendung oder etwaige Kontraindikationen, wenn diese Ihnen nicht sicher bekannt sind, vorab von Ihrem Arzt abklären und bestätigen zu lassen. Meine Behandlern hat mich mit ausreichen Informationen zur Behandlung versorgt, sodass ich eine informierte Entscheidung treffen kann uns die vorhandenen Risiken verstanden habe. Mir wurde ausreichend Zeit gelassen, um mich selbstständig zu entscheiden, on ich die ästhetische Behandlung durchführen lassen möchte.

Alle relevanten Informationen zu meiner medizinischen Vorgeschichte wurden von mir ehrlich aufgeführt. Sollte etwas Ungewöhnliches passieren setze ich mich unverzüglich mit dem behandelnden Institut in Verbindung! Ich habe die oben genannten Informationen durchgelesen und verstanden und erteile mein Einverständnis, die Behandlung nach eigenem freien Ermessen durchführen zu lassen.



Beauty Queen
by Romina Schaefer

Einverständnis erklärung

Datenschutz

Nach der Datenschutzverordnung DSGVO, 6 Abs. 1b, werden Sie hiermit darauf hingewiesen, dass Ihre persönlichen Daten zu Zwecken der Terminabsprache bzw. Bestätigung der Behandlung und/oder Schulungen und dessen Besonderheiten (schriftlich auf Papier, WhatsApp, Facebook Messenger, Instagram), das Erbringen meiner angebotenen Dienstleistung erfasst und hinterlegt werden.

Zudem werden Ihre Daten zu Abrechnungszwecken in meinen Unterlagen verwendet.

Bei Bezahlung werden keinerlei personenbezogenen Daten gespeichert.

Diese Daten können selbstverständlich auf Wunsch eingesehen und jederzeit auf Widerruf gelöscht werden. Ihre Daten werden an KEINERLEI Dritte übermittelt.

Über das schriftliche Abspeichern meiner personenbezogenen Daten wurde ich in vollem Umfang von Frau Romina Schaefer informiert und willige der Datenspeicherung ein.

Ebenso willige ich der Nutzung von Fotos zu Werbezwecken auf Social Media Plattformen wie Facebook, Instagram etc. ein.

Datum / Ort _____

Unterschrift des Kunden _____