

VOR-NACHNAME:

DATUM:



INFORMATIONSEINHOLUNG

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien gegen kosmetische Produkte, Pflaster, Klebstoffe? _____

Tragen Sie Kontaktlinsen? _____

Tragen Sie eine Brille? _____

Haben Sie bereits eine Wimpernverlängerung erhalten? _____

Wenn ja, wo und bei wem? _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur WIMPERNVERLÄNGERUNG

Ich erkläre mich dazu bereit, eine Wimpernverlängerung an meinen Augen von SUPER LASHES BY MAGGY durchzuführen.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass synthetische Wimpern mit einem speziellen Kleber an meine Wimpern angebracht werden. Des Weiteren ist mir Bewusst, dass ich meine Augen während der Behandlung geschlossen halte, und mich sofort melde, sollte ich, husten- niesen oder andere Bewegungen mache.

In einigen Fällen kann es zur vorübergehenden Rötung/Reizung der Augen und/oder eine allergische Reaktion auf den Klebstoff oder die Augenpads, während oder nach der Applikation kommen. In diesem Fall nehmen Sie bitte Kontakt mit SUPER LASHES BY MAGGY auf, damit kurzfristig (z.B. durch entfernen der synthetischen Wimpern) Abhilfe geschaffen werden kann.

Ich bestätige und akzeptiere die Behandlung auf eigenes Risiko.

Meine Wimpernextensions müssen während der Tragedauer besonders sorgfältig behandelt werden. Nach der Behandlung lasse ich 48 Stunden kein Wasser/Dampf, Schwimmen, Sauna etc. an meine Wimpern, da der Kleber durch die Feuchtigkeit zu hart wird und nicht die entsprechende Trocknungskonsistenz erzielen kann. Ich sollte nicht an meinen Wimpern ziehen, zwirbeln oder diese eigenmächtig entfernen. Sollte dies der Fall sein, darf ich keine Ansprüche an SUPER LASHES BY MAGGY stellen.

Grundsätzlich wird mit dieser Unterschrift bestätigt, jegliche Schadensersatzansprüche und Regress-Ansprüche gegenüber der Lashstylistin die bei den besagten Schäden die entstehen können zu verzichten, da ich ausreichend darauf hingewiesen worden bin. Sollte ich eine Allergie bekommen, oder wegen Irritationen des Auges, mich medizinisch durch einen Arzt oder entsprechende Medizin (Apotheke) versorgen lassen, bin ich dafür selbst verantwortlich.

Ich bestätige, dass mir alles verständlich erklärt wurde und ich alles gelesen und umfassend verstanden habe. Ich akzeptiere die möglichen Komplikationen die, die Behandlung mit sich bringen kann. Ich bestätige bei vollem Verstand, zu diesem Zeitpunkt auch nicht vorhersehbare Risiken in Kauf zu nehmen

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____