



## Einverständniserklärung PMU Augenbrauen

(Medizinische Einverständniserklärung zur Behandlung der Augenbrauen)

### Personalien Kunde/Kundin:

Vor - und Nachname:

Wohnort:

Handy Nr.:

Geburtsdatum:

### Preis:

1. Behandlung:

2. Behandlung:

3. Behandlung falls nötig bei Korrekturen innerhalb 3 Monaten:

Auffrischung: 1. Jahr 15% / im 2. Jahr 10% / 3. Jahr keine Ermässigung

### Farbe:

#### ALLGEMEINE INFORMATIONEN:

- Augenbrauen sind nie gleich/symmetrisch - KEINE SCHWESTERN!
- Die Form der Brauen wird durch die Gesichtsproportionen bestimmt.
- Die Symmetrie der Brauen wird digital mit geschlossenen Augen Grund der möglichen negativen Mimik bestimmt.
- Die Farbe, d.h. die Reflektion der Farbe wird durch die eigenen natürlichen Hautpigmente bestimmt
- Die Brauen sind in den ersten 7 Tagen 40% dunkler und bis zu 20% breiter.
- Die Korrektur sollte nach 4 Wochen nach der ersten Behandlung stattfinden.
- Allergische Reaktionen auf die verwendeten Farben sind nicht bekannt. Allerdings sind Hautreaktionen auf Salben, welche nach der Behandlung zu verwenden sind, möglich.
- In den ersten zwei Wochen nach der Behandlung sind Hallenbäder, Sonnenbäder, Sauna, Solarien, kosmetische Behandlungen und starkes Schwitzen zu vermeiden.

#### Fotodokumentation

Ich bin einverstanden, dass Bilder von meinem Gesicht und zu Werbezwecken, ohne zeitliche Einschränkung ggf. Facebook, Instagram, Homepage, ggf. Flyer sowie im Studio veröffentlicht werden können. Falls dies nicht in Ordnung wäre, wird Ihr Foto VERPIXELT!!! So sind Sie nicht erkennbar.

#### Hinweis:

Bei fettiger Haut, Akne und unreiner Haut sowie Schuppenhaut gibt es keine bestimmte Haltbarkeit der behandelten Brauen, sowie bei Personen mit Hormonstörungen. Ebenso gibt es keine bestimmte Haltbarkeit der behandelten Brauen bei Personen, welche sich oft einer Chemischen- oder Laserbehandlung unterziehen sowie für Personen welche sich oft Sonnenbädern, Solarium Gängen und Tätigkeiten, welche mit übermässigen Schwitzen verbunden sind, aussetzen.

Form und Symmetrie bestätigt die/der Kundin/Kunde.

Ort, Datum:

Unterschrift behandelnder Kosmetikerin:

Unterschrift Kundin/Kunde: