

CHRISTINA SCHRÖDL

LASHES | SUGARING | PERMANENT MAKE-UP

Kundenfragebogen Wimpernverlängerung

Name / Vorname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ E-Mail _____

1. ALLGEMEINE FRAGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Haben Sie bereits eine Wimpernverlängerung gehabt? JA NEIN

Haben Sie Allergien? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Heuschnupfen? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Kreislaufprobleme? JA NEIN

Haben Sie Epilepsie? JA NEIN

Haben Sie Phobien (z.B. Klaustrophobie)? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie aktuell an einer Augenerkrankung (z.B. Bindehautentzündung)? JA NEIN

Haben Sie eine Verletzung im Auge oder im Augenbereich? JA NEIN

Tragen Sie Kontaktlinsen? JA NEIN
Wenn ja: Nehmen Sie bitte Ihre Kontaktlinsen vor der Behandlung heraus.

Tragen Sie eine Brille? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen oder Augencremes? JA NEIN

2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass eine ausgebildete und zertifizierte Wimpernstylistin eine Wimpernverlängerung in meinem Wunschlook an meinen Eigenwimpern anbringt. Ich wurde über die synthetischen Wimpern, meinen Wünschen aber auch den Gesundheitszustand meiner eigenen Wimpern entsprechend, beraten. Vorab habe ich alle notwendigen Informationen zur Wimpernverlängerung erhalten. Zudem wurde ich über den Ablauf der Wimpernverlängerung und wie ich mich während der Behandlung zu verhalten habe, informiert. Über die möglichen Risiken wurde ich aufgeklärt. Als das Ergebnis meiner Behandlung übernimmt das ausführende Studio keine Garantie. Ich versichere, dass ich das alleinige Risiko der Behandlung trage. Meine Wimpernstylistin hat mich über die Pflege und Haltbarkeit meiner Wimpernverlängerung informiert. Meine Anweisungen werde ich während und nach der Behandlung befolgen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass weitere Kosten auf mich zukommen, da ich meine Wimpernverlängerung in Abständen von 2-4 Wochen auffüllen sollte. Allergien können jederzeit auftreten. Es wird keine Haftung übernommen.

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet, alle Hinweise sorgfältig gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben / Unterschrift Kunde

Ich stimme der Fotografie meines Gesichts und der Verwendung des Fotos zu Werbe- und Dokumentationszwecken zu.

JA

NEIN

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben / Unterschrift Kunde

VOM STUDIO AUSZUFÜLLEN

Datum	Länge mm L	Länge mm R	Anzahl L	Anzahl R	Stärke/Curl	Neuset €	Refil €

Kleber _____

Bemerkung _____