

## Einverständniserklärung - Permanent Make-up LIDSTRICH

www.energy-life.at  
Stand November 2014

Der/die unten genannte Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Lidstrich Permanent Make-up Behandlung.

Ein Permanent Make-up darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung.  
Die Behandlung erfolgt auf eigenes RISIKO.

Vor- u. Zuname: ..... Telefon: .....  
 Straße: ..... Geburtsdatum: .....  
 PLZ, Wohnort: ..... E-Mail-Adresse: .....

**Anmerkung:**

KUNSTWIMPERN vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
VERWENDUNG VON HAIRPLUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
MYscara®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
BLUTER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
ZUCKERKRANKHEIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
HIV-POSITIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
HAUTERKRANKUNGEN (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
ALLERGIEN (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
ANGEBORENE ABWEHRSCWÄCHE bzw. IMMUNDEFIZIENZERKRANKUNG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
IMMUNSUPPRESSION (künstl. Unterdrückung der Körper-Abwehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
AUTOIMMUNERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
GESCHLECHTSKRANKHEITEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
FIEBERHAFTHE INFEKTE / INFEKTIONSKRANKHEITEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
SCHWANGERSCHAFT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
EPILEPTIKER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
HEPATITIS-ERKRANKUNGEN, A,B,C,D,E,F	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
VOLLJÄHRIGKEIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
CHRONISCHE/AKUTE ERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
CORTISONBEHANDLUNG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
AUGENHERPES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
EINNAHME VON ANTIDEPRESSIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

Sollten innerhalb des vorgesehenen Behandlungszeitraumes Veränderungen in Bezug auf die oben genannten Indikationen des Gesundheitszustandes aufkommen, so ist der Kunde eigenständig dafür verpflichtet, diese so bald als möglich bekannt zu geben.

Die Behandlung inkl. Nachbehandlung(en) kostet ..... Die Bezahlung erfolgt nach der Erstbehandlung.

Die Behandlung wird in einem Zeitraum von ca. 3 Monaten abgeschlossen.

**Vor** der Pigmentierung wurde das Permanent Make-up vorgezeichnet und mittels Spiegel gezeigt:  JA  NEIN

Es wurde das **ungefähre Farbendergebnis** demonstriert:  JA  NEIN

Permanent Make-up hält mehrere Jahre.

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger, als schlussendlich das Endergebnis, wobei ein Nacharbeiten notwendig ist. Die Zweitbehandlung ist nicht übertragbar.

Bei und nach dem Anbringen des Permanent Make-ups kann es kurzfristig zu leichten Schwellungen oder / und Rötungen kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach einigen Tagen wieder ab. Unter ungünstigen Voraussetzungen könnte es zu Reaktionen bei einer MR Untersuchung kommen.

Der Kunde wird aufgefordert in den folgenden 10 Tagen folgendes zu unterlassen:

- **Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf das Auge nicht mit Seife, Augenmake-up-Entferner (!!!), Wimperntusche, Lidschatten, Kunstwimpern oder Ähnlichem in Berührung kommen. Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage ein Juckreiz auftritt.**
- **Zu unterlassen sind im Weiteren Sonnenbestrahlungen, Solarium besuche, Sauna, Schwimmen und eigenmächtiges Entfernen der Pigmentkruste.**
- **Es sind mind. 12 Wochen (außer bei einer dringenden Indikation) bis zu einer MR-Untersuchung zu warten.**

Wenn der Kunde schon Erfahrung mit Augenherpes hatte, ist dies unbedingt bekannt zu geben, damit dementsprechende Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden können.

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Augenlid ein PM angebracht wird und wurde mit allen Risiken und deren Nebenwirkungen vertraut gemacht. Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Permanent Make-up's aufgeklärt wurde (siehe beigelegter Pflegehinweis, kein Kratzen, etc.) und wurde darüber informiert, ein geeignetes Präparat zur Pflege zu verwenden (z.B. Permanent Make-up Aloe Vera Gel).

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden und den Pflegehinweis und die Kurzbeschreibung für zu Hause erhalten zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

**HYGIENEABLAUF:**

		1 BH	2 BH	3 BH
1.	Vor d. BH: Einverständniserklärung			
2.	Vor d. BH: Liege abgedeckt mit Papierrolle/mit Meliseptol® rapid mind. 1 Min. desinfiziert			
3.	Vor d. BH: Handdesinfektion Softa-Man® ViscoRub oder pure 3ml/30 Sekunden vor Handschuhe anziehen einreiben.			
4.	Vor d. BH: Mit Hautdesinfektion Softasept®N farblos benetzen und 1 Min. einwirken lassen			
5.	Vor d. BH: Gerät mittels sterilen Handschuhen aufgerüstet			
6.	Nach d. BH: Arbeitsplatz mit Meliseptol® Sprühdeseinfektion besprühen und mind. 1 Min. einwirken lassen.			
7.	Nach d. BH: Gerät u. Handstück mit Meliseptol® HBV Tücher mind. 1 Min. gereinigt			
8.	Nach d. BH: Nadel in die Abfallbox entsorgt			
9..	Nach d. BH: Pflegehinweis mitgeben			

Diese Information habe ich, der Kunde **vor** der Anwendung des Permanent Make-ups gelesen & unterfertigt.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kunden: \_\_\_\_\_

Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken erfolgte durch: \_\_\_\_\_