

Einwilligungserklärung

Wimpern und Augenbrauen

Unternehmen

KUNDENDATEN

Vollständiger Name

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ICH BESTÄTIGE, DASS

- ☐ Ich habe den Techniker über Augenprobleme, Allergien und Kontaktlinsen informiert.
- ☐ Ein Patch-Test vor dem Färben oder Lifting wurde mir empfohlen.
- ☐ Ich werde während des Verfahrens die Augen geschlossen halten und bei Unwohlsein Bescheid geben.
- ☐ Ich habe die Nachsorgehinweise erhalten und verstanden.

Ich stimme zu, dass Fotos des Ergebnisses für meine Akte gemacht werden dürfen: ☐ Ja ☐ Nein

Ich stimme zu, dass das Unternehmen die Informationen in diesem Formular speichert, um die Dienstleistung bereitzustellen und so lange, wie es das Gesetz erfordert. Ich kann jederzeit Einsicht, Korrektur oder Löschung meiner Daten verlangen.

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des Spezialisten

Datum