

Einwilligungserklärung

Hautpflege und Gesichtsbehandlungen

Unternehmen

KUNDENDATEN

Vollständiger Name

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ICH BESTÄTIGE, DASS

- ☐ Ich habe genaue Informationen über meine Gesundheit, Medikamente und Haut geteilt.
- ☐ Ich verstehe, dass nach einigen Behandlungen Rötungen oder Empfindlichkeiten auftreten können.
- ☐ Ich werde die Nachsorgehinweise, einschließlich Sonnenschutz, befolgen.

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