

Kundeninformation für Long-Time-Liner® Conture® Make-up Methode

- Nach dem Pigmentieren unbedingt unsere Pflegeanleitung beachten und nur die empfohlenen Pflegeprodukte verwenden.
- Nach der Erstarbeit können Farbunterschiede erkennbar sein, diese werden bei der Nacharbeit ausgeglichen. Je nach Aufnahmebereitschaft Ihrer Haut können auch mehrere Nachbehandlungen notwendig sein.
- Alkoholkonsum, Drogen und Medikamente können die Einarbeitung der Farbe erschweren.
- Schwellungen, die in seltenen Fällen auftreten können, klingen in der Regel schon nach einigen Stunden wieder ab. Sollten Sie jedoch längere Zeit andauern setzen Sie bitte mit uns in Verbindung oder suchen Sie gegebenenfalls einen Hautarzt auf. Allergische Reaktionen können nicht ausgeschlossen werden.
- Durch die Reizung der Haut beim Pigmentieren kann Herpes ausbrechen, dies hat mit der Farbe und der eigentlichen Pigmentierung nichts zu tun, da dies vom eigenen Immunsystem des Menschen abhängt. Eine Garantie hierfür können wir nicht geben. Sollte dies jedoch der Fall sein, benutzen Sie bitte ein geeignetes Herpespräparat oder suchen Sie einen Arzt auf. Vor der nächsten Nacharbeit ist es ratsam entsprechende Vorsorge zu treffen.
- Die Haltbarkeit Ihrer Pigmentierung oder Ihres Conture® Make-ups hängt von der Hautbeschaffenheit, vom Haut-Stoffwechsel und von der Pflege ab. Eine Haltbarkeits- oder eine Verblässungsgarantie kann deshalb nicht gegeben werden.
- In Einzelfällen kann trotz mehrmaliger Nacharbeit nicht der gewünschte Erfolg erzielt werden, da die Haut die Farbpigmente nicht gleichmäßig aufnimmt, eine Garantie für den Behandlungserfolg kann deshalb nicht gegeben werden.

Bitte beantworten Sie uns vor der Behandlung folgende Fragen:

	ja	nein
Haben Sie Allergien? Wenn ja welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder blutverdünnende Mittel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu blauen Flecken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahmen Sie im letzten Jahr Cortison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im letzten Jahr eine Chemotherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Herzleiden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Herpes Simplex ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV infiziert ?/ Sind Sie Hepatitis C infiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter fieberhaften Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zur Zeit gesund ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin über den Behandlungsablauf informiert worden. Ich habe vorstehendes Merkblatt über die eventuellen Risiken genau gelesen. Soweit ich Fragen hatte, wurden mir diese hinreichend und abschließend beantwortet. Ich bin mit der Behandlung durch Long-Time-Liner einverstanden.

Wir bitten Sie, die Behandlung im Voraus zu begleichen. Herzlichen Dank für Ihr Verständnis.

Name:

Adresse:

Datum: Unterschrift: