



Fragebogen und Kundeninformation zur JAMILAS® Make-up Methode

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe aus und besprechen ihn mit Ihrem Berater/Linergisten®. Ihre Antworten unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen. **Dieser Bogen wird Ihnen vor jeder Folgebehandlung zur Kontrolle und Gegenzeichnung vorgelegt werden.**

Name

Geburtsdatum

Adresse

Tel. / Mobil

E-Mail

Vom Linergisten® auszufüllen:

Name Linergist®: _____

Welcher Bereich wird pigmentiert?

<input type="radio"/> Augenbrauen	<input type="radio"/> Lidstrich	<input type="radio"/> Lippen	<input type="radio"/> Liplight
<input type="radio"/> Sonstiges (z.B. Mamillen, Narben, o.ä.)			

Welche Farben werden verwendet:

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Vom Kunden auszufüllen:

Bitte zutreffendes ankreuzen! Wenn Sie „ja“ ankreuzen, bitte Details angeben.

Allgemeinbeschwerden	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Medikamenteneinnahme	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie schwanger?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Stillen Sie?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allergien	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Druckempfindlichkeit (blaue Flecken o.ä.)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Thermische Belastungsprobleme (kalt / heiß)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie eine Hämophilie (Blutungsneigung)?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hautkrankheiten?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Pigmentflecken?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herpes	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fieberhafte Erkrankungen	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Autoimmun-Erkrankungen (z.B. Diabetes, Rheuma, etc.)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis C o.ä.)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Chemotherapie	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wimpernserumeinsatz	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Unterspritzungen oder ein Fadenlifting? (Falls ja, s. seperater Bogen S. 7)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurden Sie bereits vorher mit Permanent Make-up behandelt? (Falls ja, s. seperater Bogen S. 7)	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurde bereits eine Entfernung von Permanent Make-up vorgenommen?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurden Sie mit der Mircoblading Methode behandelt?	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

EINWILLIGUNG

Hiermit willige ich ein, dass die _____ meine personenbezogenen Gesundheitsdaten, die ich in diesem Fragebogen und den weiteren Anlagen und Auskünften bereitstelle, für die Durchführung der Behandlungen verwenden und für die vereinfachte Seite 2 von 11

Durchführung von Folgebehandlungen aufbewahren darf. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen,

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden

Ich bin damit einverstanden, dass die _____ mich per Email zu Werbezwecken kontaktiert, um mich u.a. über Rabattaktionen, Specials und Events zu informieren. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden

Rechte und Pflichten von _____

Zur Qualitätssicherung wird die _____, Lichtbilder/Lichtbildwerke (im Folgenden: Fotos) von mir machen und für die Dauer von 5 Jahren nach der Behandlung speichern, um im Rahmen einer Nachbehandlung auf dieses Material zurückgreifen zu können. Ferner ist die _____ berechtigt ein Video von der Behandlung zur Qualitätssicherungszwecken zu erstellen. Die Fotos und Videos können mein Gesicht vor der Behandlung zeigen, sowie mit der von mir vor der Pigmentierung freigegebenen Vorzeichnung – entsprechend meiner Vorgaben – die geschminkt wurde und schließlich das Ergebnis nach der Pigmentierung – meinem Kundenwunsch entsprechend. Diese Fotos und das Video wurden von Mitarbeitern oder beauftragten Fotografen der _____ erstellt. Nach Ablauf der fünf Jahre werden die Fotos und das Video automatisch gelöscht, es sei denn, ich habe etwas anderes mit der _____ vereinbart. Der Kunde kann die _____ jederzeit auffordern, die gespeicherten Bilder zu löschen. Eine Folgebehandlung kann dann aber nicht oder nur unter erheblichen Einschränkungen vorgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Weitere Kundeninformationen

1. Die generelle Haltbarkeit des Make-ups hängt von der Hautbeschaffenheit und vom Hautstoffwechsel eines jeden Einzelnen ab. Eine Haltbarkeits- und Verblässungsgarantie kann deshalb nicht gegeben werden. Unerwünschte Farbveränderungen können nicht ausgeschlossen werden. Ebenso hängt die Haltbarkeit von der Pflege mit den von uns an Sie übergebenen Pflegeprodukten und deren notwendiger Anwendung gemäß Pflegeanleitung ab.
2. In Einzelfällen kann trotz mehrmaliger Nacharbeit evtl. nicht der gewünschte Erfolg erzielt werden, da manchmal die Haut die Farbpigmente nicht gleichmäßig aufnimmt. Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann deshalb nicht gegeben werden.
3. Zur Kontrolle inkl. Ggf. notwendiger Nachbehandlung ist eine – im Behandlungspreis bereits enthaltene – Termine innerhalb von 3 Monaten verpflichtend vorgesehen und einzuhalten.
4. Die pigmentierten Stellen müssen bei intensiven UV-Strahlen sowie Solariumsitzungen vorher abgedeckt oder mit einem höchstmöglichen Lichtschutzfaktor geschützt werden. Zusätzlich muss in den ersten zwei Wochen hohe Luftfeuchtigkeit in Verbindung mit Wärme (z.B. Sauna o.ä.) vermieden werden.
5. Wie jeder Eingriff in den menschlichen Körper, ist die Einbringung von Pigmentierfarben mittels Nadeln in die Haut nicht ohne Risiko. In seltenen Fällen können allergische oder allergieähnliche Reaktionen, teilweise mit schwerem Verlauf (Granulome, bleibende Hautveränderungen, Pigmentstörungen, Trockenheit, Empfindlichkeit, Schuppung, Schwellung o.ä.) und Hautreizungen (Rötungen o.ä.) als Reaktion auf die verwendeten Farben auftreten. Für die individuelle Verträglichkeit kann daher keine Garantie gegeben werden.
6. Durch die Reizung der Haut beim Pigmentieren kann Herpes ausbrechen; das 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.
7. Eine Entfernung von Permanent Make-up ist – wenn überhaupt – nach aktuellem Wissensstand nur mit modernster Lasertechnik möglich. Nicht möglich ist das Entfernen von Pigmentierfarben mit einem hohen Anteil an weißen Farbpigmenten. Eine diesbezügliche Garantie zur rückstandslosen Entfernung von Permanent Make-up kann ausschließlich von einem Laser-Facharzt gegeben werden.
8. Im Zweifelsfalle empfiehlt _____, immer einen Arzt um Rat zu fragen. Das gilt auch für den Fall jeglicher Erkrankung.
9. Jede Erstbehandlung bei _____ beginnt erst nach Kundenfreigabe der Vorzeichnung in Formgebung und Farbe.

Nachdem ich über den Behandlungsablauf informiert, vorstehende Kundeninformation genau gelesen und verstanden habe, sowie über die eventuellen Risiken und empfohlenen Verhaltensweisen aufgeklärt wurde, bin ich mit der Behandlung durch _____ einverstanden. Soweit ich Fragen hatte, wurden mir diese hinreichend und abschließend beantwortet. Ich werde mich auf eigene Verantwortung behandeln lassen.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Folgebehandlung I:

Ich bestätige hiermit, dass sich keinerlei* Veränderungen (medizinischer oder gesundheitlicher Natur) zwischenzeitlich zum ausgefüllten Fragebogen vom _____ ergeben haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Vom Linergisten® auszufüllen:

Name Linergisten®: _____

Welcher Bereich wird pigmentiert?

- Augenbrauen Lidstrich Lippen Liplight
 Sonstiges (z.B. Mamillen, Narben, o.ä.)

Welche Farben werden verwendet:

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Folgebehandlung II:

Ich bestätige hiermit, dass sich keinerlei* Veränderungen (medizinischer oder gesundheitlicher Natur) zwischenzeitlich zum ausgefüllten Fragebogen vom _____ ergeben haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Vom Linergisten® auszufüllen:

Name Linergisten®: _____

Welcher Bereich wird pigmentiert?

- Augenbrauen Lidstrich Lippen Liplight
 Sonstiges (z.B. Mamillen, Narben, o.ä.)

Welche Farben werden verwendet:

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

Farbbezeichnung: _____

Lot.Nr.: _____

*Bei Veränderungen muss S. 1 & S. 2 der Kundeninformation neu ausgefüllt werden.

Nur ausfüllen, wenn Sie Unterspritzungen haben!

	Wann unterspritzt?	Welche Inhaltsstoffe?
Augenbrauen	_____	_____
Lidstriche	_____	_____
Lippen	_____	_____
Sonstiges	_____	_____

Sind Komplikationen aufgetreten? Ja Nein Wenn ja, welche?

*Bitte für alle unterspritzten Partien sämtliche Inhaltsstoffe vollständig angeben. Falls diese nicht vorliegen sollten, bestätige ich hiermit, dass ich über alle Risiken, insbesondere Unverträglichkeit, Allergien oder Hautreaktionen (Granulome etc.) aufgeklärt worden bin und _____ ausdrücklich von jeglicher Haftung freispreche, die durch die Behandlung von unterspritzten Partien entstehen können.

Ausnahme: Wenn Ihre Lippen mit dauerhaft wirksamen Füllstoffen unterspritzt worden sind, wie z.B. mit Dermalive, Dermadeep, Aquamid, New Fill, Silikon, Goretex, SoftForm, UltraSoft oder Sculptra usw., ist keine Pigmentierung Ihrer Lippen durch JAMILAS® möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Nur ausfüllen, wenn Sie bereits mit Permanent Make-up behandelt wurden!

Hiermit bestätige ich, dass meine

- Augenbrauen Lidstrich Lippen Liplight
- Sonstiges (z.B. Mamillen, Narben, o.ä.)

bereits mit Permanent Make-up pigmentiert sind.

	Wann pigmentiert?	Welche Methode?	Welche Farbpigmente?*
Augenbrauen	_____	_____	_____
Lidstriche	_____	_____	_____
Lippen	_____	_____	_____
Sonstiges	_____	_____	_____

Sind Komplikationen aufgetreten? Ja Nein Wenn ja, welche?

*Bitte die Farben mit CI-Nummern sowie alle anderen Inhaltsstoffe vollständig angeben. Falls diese nicht vorliegen sollten, bestätige ich hiermit, dass ich über alle Risiken, insbesondere Unverträglichkeit, Allergien oder auch unerwünschte Farbunterschiede aufgeklärt worden bin und JAMILAS® ausdrücklich von jeglicher Haftung freispreche, die durch die Vermischung mit Alt-Pigmentierfarben entstehen können.

Darüber hinaus wurde ich umfassend informiert, dass die Alt-Pigmentierung (s. Fotodokumentation) nicht entfernt, sondern nur nach der JAMILAS® Methode verändert werden kann. Eine Haltbarkeits- und Verblässungsgarantie kann nicht gegeben werden. Unerwünschte Farbveränderungen können nicht ausgeschlossen werden.

Der Pigmentierauftrag an _____ wird auch durch Kenntnis und Akzeptanz der _____ Kundeninformation Seiten 1 – 2 erteilt.

Mein Permanent Make-up gefällt mir aus folgenden Gründen nicht:

- Zu dunkel Fleckig Unregelmäßige Stellen Unvorteilhafte Form

Beschreibung mit Foto: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®

Besonderheiten bei der Camouflage-Pigmentierung

Nur unterschreiben, wenn eine Camouflage-Pigmentierung angewendet werden soll!

Grundsätzlich werden Camouflage-Pigmentierungen (Alopecia, Narben/Hautanomalien, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Mamille, Vitiligo) nur durch besonders geschulte Linergisten®, die eine spezielle Ausbildung für Camouflage-Pigmentierungen erfolgreich absolviert haben, sowie nur nach Vorlage eines ärztlichen Attests, durchgeführt. Wünschen Sie die Camouflage-Pigmentierung ohne Vorlage eines ärztlichen Attests, dann stellen Sie, soweit dies die gesetzliche Situation erlaubt, die Firma _____ von allen Ansprüchen frei.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des ausführenden Linergisten®