



# Einverständniserklärung – Permanent Make Up – Lippe

Der/Die Kunde/in unterzieht sich einer unverbindlichen Lippen - Permanent Make Up Behandlung

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

email-Adresse: \_\_\_\_\_

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.

## Trifft oder traf eine der folgenden Dinge auf Sie zu?

- |  |      |        |       |
|--|------|--------|-------|
| Autoimmunerkrankung  | JA O | NEIN O | _____ |
| Immundefizienzerkrankung/ Angeborene Abwehrschwäche        | JA O | NEIN O | _____ |
| Immunsuppression/ künstliche Unterdrückung der Immunabwehr | JA O | NEIN O | _____ |
| Hämophilie/ Bluter   | JA O | NEIN O | _____ |
| Diabetes/ Zuckerkrankheit                                  | JA O | NEIN O | _____ |
| Epilepsie  | JA O | NEIN O | _____ |
| Hauterkrankungen (wenn ja, welche?)                        | JA O | NEIN O | _____ |
| HIV-positiv  | JA O | NEIN O | _____ |
| Geschlechtskrankheiten                                     | JA O | NEIN O | _____ |
| Hepatitisserkrankung                                       | JA O | NEIN O | _____ |
| Herpes (Lippen)  | JA O | NEIN O | _____ |
| Allergien (wenn ja, welche?)                               | JA O | NEIN O | _____ |
| Fieberhafter Infekt/ Infektionskrankheit                   | JA O | NEIN O | _____ |
| Akute oder chronische Erkrankungen                         | JA O | NEIN O | _____ |
| Psychische Erkrankung/ Einnahme von Psychopharmaka         | JA O | NEIN O | _____ |
| Blutverdünnungstherapie                                    | JA O | NEIN O | _____ |
| Cortisonbehandlung   | JA O | NEIN O | _____ |
| Alkohol/Drogenkonsum                                       | JA O | NEIN O | _____ |
| Schwangerschaft/Stillzeit                                  | JA O | NEIN O | _____ |
| Lippenvolumen künstlich verändert                          | JA O | NEIN O | _____ |
| Sonstiges Narbengewebe Lippe                               | JA O | NEIN O | _____ |
| Ist eine MR Untersuchung geplant? (wenn ja, wann?)         | JA O | NEIN O | _____ |

Ich bin volljährig.

JA O NEIN O \_\_\_\_\_

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

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

Die Behandlung wird in einem Zeitraum von 4 Monaten abgeschlossen.

Die Behandlung inklusive Nachbehandlung (en) kostet \_\_\_\_\_ €.

Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach der Erstbehandlung.

Ein Permanent Make Up kann mehrere Jahre halten.

In den ersten Tagen ist das Farbergebnis um einiges kräftiger als das Endergebnis. Je nach Beschaffenheit und Unterton der Lippe muss man mit Farbabweichungen rechnen und ein eventuelles Nacharbeiten ist notwendig. Eine Übertragung einer Nachbehandlung ist nicht möglich.

Bei und nach Anbringen des Permanent Make Up kann es kurzfristig zu Schwellungen und/oder Rötungen kommen. Auch können Äderchen getroffen werden und sich ein Hämatom bilden. Diese Nebenerscheinungen klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.

Nach der Behandlung ist es möglich, dass über einige Tage Juckreiz auftritt.

Träger des Herpes simplex Virus müssen nach einer Lippenbehandlung schlimmstenfalls mit einem Ausbruch rechnen. Der/die Kunde/in sollte unmittelbar nach der Behandlung ein geeignetes Präparat auftragen, und/oder davor schon für eine Prophylaxe sorgen.

#### VORBEHANDLUNG

10 Tage vor der Behandlung sind folgende Tätigkeiten zu unterlassen.

Sauna, Solarium, Sonnenbaden, chemische und mechanische Peelings

36 Stunden vor der Behandlung ist auf Alkohol, Tein und Koffein zu verzichten.

Eine Vereisungssalbe wird selbst mitgebracht und aufgetragen.

#### NACHBEHANDLUNG

Bis zum 4. Tag nach der Behandlung darf die Lippe nicht mit Seife, Lippenstift, Konturenstift oder anderen Kosmetika in Berührung kommen. Auch ist auf handelsübliche Abschminklotionen zu verzichten.

Bis zu 10 Tagen nach der Behandlung sind übermäßige Sonne, Solarium, Sauna, Schwimmen und Schwitzen im Lippenbereich zu unterlassen. Ebenso darf die Pigmentkruste nicht eigenmächtig entfernt werden.

Es sind mindestens 12 Wochen bis zu einer MR-Untersuchung zu warten (außer bei einer dringenden Indikation)

Ich bin damit einverstanden, dass an meinen Lippen ein Permanent Make Up angebracht wird und wurde mit allen Risiken und Nebenwirkungen vertraut gemacht. Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Heim-Nachbehandlung des Permanent Make Up aufgeklärt worden bin (siehe beiliegender Pflegehinweis) und darüber informiert wurde, dass ich ein geeignetes Präparat zur Pflege verwenden soll (z. B. Bienenwachs Balsam mit Aloe Vera).

Ich bestätige, die obenstehenden Informationen gelesen, 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 Behandlungsentscheidung zu überdenken.

#### **Vor der Behandlung**

Vor der Pigmentierung wurde das Permanent Make Up vorgezeichnet und mittels Spiegel

mein Einverständnis nochmals eingeholt.

JA O NEIN O

Es wurde ein ungefähres Farbergebnis demonstriert.

JA O NEIN O

Mir wurde eine Einverständniserklärung zur genauen Durchsicht vorgelegt und nach Hause mitgegeben.

Die Aufklärung über die Behandlung, Kontraindikationen, Risiken und Nebenwirkungen erfolgte durch EVA MEIERHOFER

Der/die Abgebildete erteilt hiermit seine ausdrückliche Zustimmung zu Bildaufnahmen seiner/ ihrer Person. Er/ Sie nimmt zur Kenntnis, dass diese Zustimmung unentgeltlich erfolgt. Die Bildaufnahmen (Vorher/Nachher Fotos) sind zu Dokumentationszwecken notwendig.

Der/die Abgebildete erteilt sein Einverständnis, dass dessen Bildaufnahmen oder Teile davon zum Zweck der Bewerbung bzw. auch in elektronischen Medien (z.B. TV, Facebook, Website etc.) veröffentlicht werden können. **JA O NEIN O**

Die Einverständniserklärung habe ich genau durchgelesen, die Fragen ordnungsgemäß beantwortet und vor der Behandlung unterschrieben.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einverständniserklärung, eine Kopie der für mich angelegten Karteikarte und einen Pflegehinweis mit nach Hause.

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

## HYGIENEPROTOKOLL

### HYGIENEABLAUF durch die Pigmentistin

|   |  | 1.BH | 2.BH | 3.BH | 4.BH |
|---|--|------|------|------|------|
| 1 | Die Liege wurde vor der Behandlung mit Meliseptol rapid mind. 1 Minute desinfiziert                                  |      |      |      |      |
| 2 | Die Liege wurde mit einem Einmalbezug/Papierrolle abgedeckt.   |      |      |      |      |
| 3 | Handdesinfektion Softa-Man Visco Rub oder pure 3 ml/30 Sekunden einreiben bevor Handschuhe angezogen werden.         |      |      |      |      |
| 4 | Hautdesinfektion der zu behandelnden Stelle mit Softasept N farblos oder Octenisept mind. 1 Minute einwirken lassen. |      |      |      |      |
| 5 | Gerät mittels sterilen Handschuhen aufrüsten   |      |      |      |      |
| 6 | Arbeitsplatz mit Meliseptol Sprühdeseinfektion besprühen und mind. 1 Minute einwirken lassen                         |      |      |      |      |
| 7 | Gerät und Handstück mit Meliseptol HBV Tücher mind. 1 Minute reinigen  |      |      |      |      |
| 8 | Nadel in Abfallbox entsorgen   |      |      |      |      |

