



**Einverständniserklärung  
für die  
Permanent Make up-Behandlung**

Zwischen

très jolie beauty lounge  
John-F.-Kennedy-Allee 15  
71686 Remseck  
Telefon 07141.59439

- nachfolgend "**Studio**" genannt -

und

---

Name / Vorname

---

Straße / Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon

- nachfolgend "**Kunde**" genannt -

## 1. Erklärung / Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist die in Ziffer 4. dieses Vertrages detaillierte Permanent Make up-Behandlung durch das Studio beim Kunden. Das Studio verpflichtet sich, das vom Kunden gewünschte Permanent Make up ordnungsgemäß und nach gesundheitstechnischen Vorschriften an der vereinbarten Hautstelle anzubringen.

## 2. Vergütung

Der Kunde verpflichtet sich, dem Studio hierfür eine Vergütung in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ zu zahlen und diese unmittelbar nach der Abnahme des Permanent Make up zu entrichten.

Die Abnahme hat unmittelbar nach der Durchführung der Behandlung durch das Studio schriftlich zu erfolgen. Etwaige Mängel sind jeweils festzuhalten.

## 3. Gesundheitsfragen

Um Ihre Pigmentierung optimal durchführen zu können, bitten wir, die nachstehenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder nehmen Sie nachfolgende Medikamente ein?

- |                                                                                      |                             |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hämophilie (Blutkrankheit)                                                           | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)                                                           | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hepatitis A/B/C/D/E/F                                                                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| HIV positiv                                                                          | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hautkrankheiten<br>(Rosacea, Impetigo, Erysipel, Lupus,<br>Sklerodermie oder andere) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Empfindliche / sensible Haut<br>(Ekzem oder atopische Dermatitis, Neurodermitis)     | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Allergien gegen Medikamente, Nahrung,<br>Metalle, Make up oder andere                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Autoimmunerkrankung                                                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Akute oder chronische Infektionskrankheiten                                          | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie anfällig für Herpes?                                                        | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Epilepsie oder andere Anfallsleiden                                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Akute Herz- / Kreislaufprobleme                                                      | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie schwanger?                                                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?                                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wenn ja, welche _____                                                                |                             |                               |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?                                              | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wenn ja, welche _____                                                                |                             |                               |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher?                                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Wundheilungsstörung  JA  NEIN

Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol konsumiert?  JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation oder Bestrahlung?  JA  NEIN

Sind Sie in den letzten 14 Tagen anderweitig ärztlich behandelt worden?  JA  NEIN

Wenn Sie eine Frage mit „**JA**“ beantwortet haben, dann nutzen Sie bitte den nachfolgenden Platz für nähere Erläuterungen.

Ein „**JA**“ als Antwort bedeutet nicht, dass Sie kein akzeptabler Kandidat für das kosmetische Verfahren sind. Es sind einfach Informationen, die für den Behandler wertvoll sind, da jeder Körper einer Person einzigartig ist oder aufgrund eines Gesundheitszustandes die Heilung beeinträchtigt wird und es ratsam oder erforderlich ist, vorab Ihren Arzt zu konsultieren.

**Wurde ein Sie betreffender Gesundheitszustand nicht aufgeführt, dann geben Sie diesen bitte nachstehend an!**

---

---

---

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Bei falschen Angaben übernimmt das Studio keinerlei Haftung für die Behandlung.

#### 4. Vertragliche Leistungen

Hiermit erklärt sich der Kunde einverstanden, dass folgende Pigmentierung vorgenommen wird:

- |                                                                          |                                                          |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Neuarbeit</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Auffrischung</b>             | <input type="checkbox"/> <b>Korrektur</b> |
| <b>Augenbrauen</b> <input type="checkbox"/> Augenbrauen Härchenzeichnung | <input type="checkbox"/> Augenbrauen Vollschattierung    |                                           |
| <b>Wimpern</b> <input type="checkbox"/> Wimpernkranzverdichtung oben     | <input type="checkbox"/> Wimpernkranzverdichtung unten   |                                           |
| <b>Augenlider</b> <input type="checkbox"/> Lidstrich oben                | <input type="checkbox"/> Lidstrich unten                 |                                           |
| <b>Lippen</b> <input type="checkbox"/> Lippenkontur                      | <input type="checkbox"/> Lippenkontur + Teilschattierung |                                           |
| <input type="checkbox"/> Lippenkontur + Vollschattierung                 |                                                          |                                           |

#### Nacharbeiten

Alle Augenbrauen-Behandlungen inkl. 1 Nachbehandlung

Alle Augenlid-Behandlungen inkl. 1 Nachbehandlung

Alle Lippen-Behandlungen inkl. 2 Nachbehandlungen

Weitere Nacharbeiten (innerhalb von 4 Monaten) werden mit EUR \_\_\_\_\_ berechnet



Datum \_\_\_\_\_

Nadelstärke \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Preis \_\_\_\_\_

Notizen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zusätzliche Vereinbarung

(z.B. über eine außergewöhnliche Form der Pigmentierung oder Farbgebung, Vergrößerung oder Verkleinerung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich stimme dem Fotografieren meines Gesichts und der Verwendung des Fotos zu Werbezwecken zu.

JA  NEIN

## 5. Gewährleistung

Das Studio haftet nur in Fällen grober Fahrlässigkeit und Vorsatz sowie bei einer leicht fahrlässig verursachten Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Im Übrigen haftet das Studio nur wegen der schuldhaften Verletzung wesentlicher Vertragspflichten. Der Schadensersatzanspruch für die schuldhafte Verletzung wesentlicher Vertragspflichten ist jedoch auf den vertragstypischen vorhersehbaren Schaden begrenzt, soweit nicht zugleich ein anderer der in Satz 1 oder 2 aufgeführten Fälle gegeben ist.

Die Regelungen dieses Absatzes gelten für alle Schadensersatzansprüche, und zwar gleich aus welchem Rechtsgrund, insbesondere wegen Mängeln, der Verletzung von Pflichten aus dem Schuldverhältnis oder aus unerlaubter Handlung. Eine Änderung der Beweislast zum Nachteil des Kunden ist mit den vorstehenden Regelungen nicht verbunden.

## 6. Aufklärung

Der Kunde ist von dem Studio über die spezifischen Gefahren der Pigmentierungsbehandlung eingehend und ausführlich informiert worden. Insbesondere wurde der Kunde auf folgende Gefahren hingewiesen:

- Es kann bei der Pigmentierung, auch unter Beachtung aller gebotenen Sorgfalt der Kunst, zu Verletzungen kommen.
- Trotz modernster Farben können in Einzelfällen allergische Reaktionen vorkommen. Der Kunde ist sich dessen bewusst und trägt diesbezüglich allein die Verantwortung.
- Während und nach der Pigmentierung kann es vorübergehend zu leichten Schwellungen, Rötungen und/oder Juckreiz kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.

- Je nach Hautbeschaffenheit können sich nach der Verheilung der Erstarbeit Strichführungen mit der Wundverkrustung herauslösen und die Farbstärke kann sich je nach Farbauswahl verringern oder vertiefen.
- Jede Haut ist unterschiedlich und nimmt daher unterschiedlich Farbpigmente auf. Eine Erfolgsgarantie für die Behandlung kann daher nicht gegeben werden.
- In den ersten Tagen ist das Permanent Make up um einiges kräftiger als das abgeheilte Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut muss man mit Farbabweichungen rechnen und es kann sein, dass Nacharbeit/en nötig sind.
- Die Mindest- und Maximaldauer der Haltbarkeit der Pigmentierung kann nicht verbindlich bestimmt oder garantiert werden. Jegliche Nachbehandlung ist erst nach 4 Wochen möglich, solange dauert die Verheilungsphase. Nach dieser Phase ist die Farbentwicklung abgeschlossen, sodass der komplette Farbgrad sichtbar ist.
- Ein Permanent Make up ist immer eine Verwundung der Haut. Behandeln Sie diese entsprechend sorgfältig und schonend, damit diese ohne Komplikationen verheilen kann. Mangelnde Pflege der in der Abheilung befindlichen Haut kann zu qualitativen Verlusten des Permanent Make up führen, die nicht in die Verantwortung des Studios fallen.

**Der Kunde wird aufgefordert, in den nächsten 14 Tagen Folgendes zu beachten:**

- Die Pigmentierung darf nicht mit Wasser, Seife, Kosmetika oder Ähnlichem in Berührung kommen und nicht mit dem Fingern berührt werden.
- Solarium, Schwimmen, Sauna, Schwitzen (Sport) und übermäßiges Sonnen sind zu unterlassen

Das Studio schließt jegliche Haftung für falsche oder falsch verstandene Nachsorge aus.

**7. Bestätigung** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.  JA  NEIN

Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.  JA  NEIN

Ich wurde über den Behandlungsablauf, die Nachbetreuung und alle Produkte ausgiebig aufgeklärt und erkläre mich damit einverstanden; ich habe keine weiteren Fragen oder Einwände.  JA  NEIN

## 8. Unwirksame Bestimmung

Soweit einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein sollten, bleibt hiervon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages unberührt. Etwaige unwirksame Bestimmungen werden durch die jeweilige Regelung ersetzt, die in gesetzlich zulässiger Weise, dem von den Vertragsparteien mit dieser Bestimmung zum Ausdruck gebrachten Willen am nächsten kommt.

**Da das Tätowieren laut §223 StGB Körperverletzung ist, willige ich mit meiner Unterschrift entsprechend §228 StGB ausdrücklich der Körperverletzung zu.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift / Stempel Studio

## Abnahme durch den Kunden

Ich habe das Permanent Make up genaustens überprüft und nach der Behandlung als einwandfrei und ordnungsgemäß beurteilt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift / Stempel Studio



**Bei Minderjährigen** (vom gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich die/der gesetzliche Vertreter von \_\_\_\_\_ bin und dem Permanent Make up der Körperstelle \_\_\_\_\_ ausgeführt durch très jolie beauty lounge, Frau \_\_\_\_\_ zustimme.

Kundenbefragung und -erklärung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Daten gesetzlicher Vertreter/-in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Anlage:**

Kopie des Personalausweises

