



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

für eine Permanent Make-up (PMU)- Behandlung im Rahmen eines Hausbesuchs
durch das mobile Tattoo-Studio Rolling Needles

ANGABEN ZUM STUDIO

Name des Studios: Rolling Needles
Inhaberin: Silja Rowoldt
Anschrift: Am Burggraben 5, 34599 Neuental
Telefon: 0171-1989812
E-Mail: info@rolling-needles.de

ANGABEN ZUM KUNDEN/KUNDIN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift des Hausbesuchs:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ausweisnummer (freiwillig, empfohlen): _____

Ich bestätige, dass ich **mindestens 18 Jahre alt** bin.
(PMU-Behandlungen an Minderjährigen werden nicht durchgeführt.)

Art der PMU-Behandlung

- Augenbrauen (z. B. Powder Brows, Ombre Brows)
- Lippen (z.B. Vollschattierung, Aquarell, Ombre Lips)
- Lidstrich (z.B. klass. Lidstrich, shading Eyeliner, Wimpernkranzverdichtung)
- Korrektur / Auffrischung Fremdarbeit an folgender Stelle:

Datum des Hausbesuchs: _____

Anamnese (PMU-relevant)

Bitte beantworte alle Fragen **wahrheitsgemäß**. Unvollständige oder falsche Angaben können den Behandlungserfolg und deine Gesundheit gefährden.

Leidest du an oder hattest du jemals:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Herz- oder Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen oder Hämophilie (Bluterkrankheit) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV / Hepatitis / andere Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hauterkrankungen im Behandlungsbereich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ekzeme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien (z. B. Pigmente, Metalle, Latex, Betäubungsmittel) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, bitte erläutern:

-
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Autoimmunerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neigen Sie zu Herpes? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neigung zu Keloiden / starker Narbenbildung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Liegt eine Verheilungsschwäche vor? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ich bin schwanger oder stille | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner, Kortison, Isotretinoin)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche?

-
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol, Drogen oder blutverdünnende Mittel eingenommen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie in den letzten 4 Wochen operiert, bestrahlt oder anderweitig ärztlich behandelt worden? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, bitte erläutern:

Ich hatte in den letzten 4 Wochen:

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Botox / Hyaluron |
| <input type="radio"/> chemisches Peeling |
| <input type="radio"/> Laserbehandlung |
| <input type="radio"/> Sonnenbrand / Solarium |

Aufklärung über PMU-spezifische Besonderheiten und Risiken

Ich bin über die spezifischen Gefahren der Pigmentierbehandlung eingehend und ausführlich informiert worden. Insbesondere wurde ich auf folgende Gefahren, Risiken und Nebenwirkungen 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 ggü. der Pigmente oder Pflegeprodukte 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.
- Während der Heilungsphase kann es zu Krustenbildung, Spannungsgefühl und Juckreiz kommen.
- 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. Bei mangelnder Pflege kann es zu Entzündungen oder Infektionen kommen.
- Mangelnde Pflege der in der Abheilung befindlichen Haut kann zu qualitativen Verlusten des Permanent MakeUp führen, die nicht in die Verantwortung des Studios fallen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und habe verständliche Antworten erhalten.

Ich werde in den nächsten 14 Tagen die beim Termin ausgehändigte und besprochene Pflegeanleitung beachten.

Besonderheiten beim Hausbesuch

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass:

- die PMU-Behandlung **in meinen privaten Räumlichkeiten** durchgeführt wird
- ich für eine **saubere, hygienische und geeignete Umgebung** sorge
- Haustiere während der Behandlung **nicht im Raum** anwesend sind
- die Behandlerin die Behandlung **bei ungeeigneten Bedingungen abbrechen darf**

Nachsorge & Eigenverantwortung

Ich habe Pflegehinweise erhalten und verpflichte mich:

- diese strikt einzuhalten
- Sonne, Sauna, Schwimmbad, Make-up und Kosmetik im Behandlungsbereich während der Heilungsphase zu vermeiden

Mir ist bewusst, dass **mangelhafte Nachpflege** das Ergebnis negativ beeinflusst und keinen Reklamationsgrund darstellt.

Haftungsausschluss

Ich bestätige, dass:

- alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden
- bei verschwiegenen Erkrankungen oder falschen Angaben **keine Haftung übernommen wird**
- natürliche Hautreaktionen keinen Behandlungsfehler darstellen
- PMU eine kosmetische Behandlung ohne medizinische Garantie ist

Datenschutz (DSGVO)

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen gemacht werden. Ich willige hiermit ausdrücklich darin ein, dass diese Bilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf

meinen Social Media Auftritten (Facebook, Instagram usw.) oder auf Werbebannern veröffentlicht werden.

- ggf. Videoaufzeichnungen für den Behandlungsablauf und Erfolg sowie für Schulungszwecke getätigt werden
- mit dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten erhoben werden, damit die Tätowiererin entscheiden kann, ob die Durchführung des Tattoos ohne Gefahr für meine Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses ihrer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung die Tätowierung nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit durch Dich ausdrücklich eingewilligt.
- Die erhobenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden und maximal für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt werden. Danach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet.
- Diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Hiernach darf ich die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden – da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist – bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

Ich stimme der Speicherung meiner Daten gemäß DSGVO zu.

Einverständniserklärung

Ich bestätige, die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und erkläre hiermit, dass:

- alle meine Fragen vollständig und mir verständlich beantwortet wurden
- ich über den Behandlungsablauf, die Nachbetreuung und alle Produkte umfassend aufgeklärt wurde
- ich alle Informationen verstanden habe
- freiwillig in die PMU-Behandlung einwillige

Die PMU-Behandlung ist eine Form der Tätowierung und stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und somit eine Körperverletzung nach §223 StGB. Durch mein ohne Einschränkung erteiltes Einverständnis zur PMU-Behandlung bei mir zu Hause durch "Rolling Needles" entfällt die Rechtswidrigkeit.
Ich willige hiermit freiwillig mit meiner Unterschrift entsprechend §228 StGB ausdrücklich in die Körperverletzung ein.

Datum + Unterschrift Kundin / Kunde:



ANGABEN DES PMU-ARTISTS

Die Personalien wurden von mir anhand eines Ausweispapieres (Personalausweis oder Reisepass) geprüft, sie stimmen alle mit den Angaben des Kunden überein.

Ich habe mir einen Eindruck von dem gesundheitlichen Zustand (inkl. Erkrankungen und Allergien) des Kunden/der Kundin gemacht und sehe keinen Grund, die PMU-Behandlung nicht vornehmen zu können.

Die PMU-Behandlung kann wie vom Kunden/ der Kundin gewünscht erstellt werden:

- Ja
- Nein

Ggf. Erläuterungen:

Datum + Unterschrift Tätowierer/in:



PREISABSPRACHE

Der Gesamtpreis der PMU-Behandlung incl. 1 kostenfreien Nachbehandlung beträgt

_____ Euro. Weitere Nachbehandlungen werden mit je _____ Euro berechnet.

Es handelt sich um eine Modellarbeit zu einem vergünstigten Preis. Die Zusatz Einverständniserklärung zur Modellarbeit wurde vom Kunden/der Kundin unterschrieben und ist angefügt.

Vereinbarter Modellpreis (inkl. ggf. einer Nachbehandlung): _____ Euro.

Weitere Nachbehandlungen werden mit je _____ Euro berechnet.



Unterschrift PMU-Artist:

Unterschrift Kundin/Kunde:



DOKUMENTATION:

Es wurden folgende Farben verwendet (freiwillige Angabe des PMU-Artists):
