



LIENNA

cosmetics

Vielen Dank, dass du dich für eine Behandlung bei LIENNA cosmetics entschieden hast!

Ich arbeite in meinem Homestudio. Die Adresse ist folgende:

Alter Uentroper Weg 100
59071 Hamm
Bei Fischer
Wir wohnen ganz oben.

Bitte beachte, dass ich eine Gebühr von 50% des Behandlungspreises in Rechnung stellen muss, sofern der Termin nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt wird.

Zur Gesichtsbehandlung solltest du bitte ungeschminkt erscheinen. Bei minderjährigen Kund*innen muss ein entsprechendes Dokument vorab ausgefüllt & zum Termin mitgebracht werden. Dieses findest du im Anhang. Alle weiteren Dokumente dürfen ausgefüllt zum Termin mitgebracht werden. Alternativ können wir sie vor Ort gemeinsam ausfüllen.

Bitte erscheine pünktlich, aber auch nicht zu früh. Im Homestudio gibt es leider keine Wartemöglichkeit.

Wenn du noch Fragen hast, kannst du dich gern bei mir melden.

Ich freue mich auf dich,
deine Lienna



Einverständniserklärung Gesichtsbehandlung

Sehr geehrte Kund*innen, bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus. Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen.

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Gesundheitsfragen sind maßgebend. Bitte zutreffendes ankreuzen:

Aktive Akne		Offene Wunden / schlechte Wundheilung	
Extreme Empfindlichkeit		Blutgerinnungs- störungen bei Einnahme von Blutverdünnern	
Herpes		Fieber	
Sonnenbrand		Bakterielle Infektionen	
Schwangerschaft / Stillzeit		Ausschlag	
Krebs, Verdacht auf maligne Tumore		Geschlechtskrankheiten	
Hautkrankheiten bitte notieren			
Allergien/ Empfindlichkeiten bitte hier notieren (ggf. unter Anmerkungen ergänzen)			
Medikamente bitte notieren			



Sie versichern mir, dass....

Sie gesund sind.

Sie nicht unter Drogeneinfluss stehen.

Sie Volljährig sind oder die Einverständniserklärung für Minderjährige von einem Erziehungsberechtigtem ausgefüllt wurde und vorliegt.

Sie unter keiner akuten Krebserkrankung leiden.

alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

Aufklärung:

Die Gesichtsbehandlungen bei LIENNA cosmetics werden mit sorgfältig ausgewählten und hochwertigen Produkten durchgeführt. Die gesamte Behandlung wird immer auf den Hauttyp und den aktuellen Hautzustand angepasst. Begonnen wird mit einer Hautanalyse und einem Beratungsgespräch. Je nach Behandlung folgen dann Reinigung, Peeling inkl. Bedampfung, Ausreinigung der Unreinheiten, ggf. Wirkstoffkonzentrat, Maske, ggf. Gesichts- und Dekolleté Massage, ggf. Augen Intensivpflege, ggf. Gua Sha sowie eine Abschlusspflege.

Mögliche Vorteile:

- Professionelle Beratung
- Hautbildverfeinerung
- Grundreinigung durch Ausreinigung
- Frischer, rosiger Teint
- Anregung der Durchblutung und des Lymphsystems durch bestimmte Massagen
- Vorbeugung der vorzeitigen Hautalterung
- Entspannung

Nebenwirkungen:

- Erstverschlimmerung
- Allergische Reaktion
- Reizung
- Kosmetische Akne
- Augenreizung
- Lichtempfindlichkeit der Haut
- Veränderung der Pigmentierung
- Vorübergehendes leichtes Brennen
- Spannungsgefühle
- Juckreiz



Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen, sowie verstanden habe und die Anweisungen befolgen werde. Ich bin mit einer Gesichtsbehandlung unter den genannten Bedingungen einverstanden und wurde über den Ablauf und etwaige Risiken vollständig aufgeklärt. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Behandlung erfolgt auf mein eigenes Risiko.

Eine Garantie für den Behandlungserfolg kann nicht gegeben werden. LIENNA cosmetics übernimmt keine Haftung für mögliche Nebenwirkungen. Behandlungsergebnisse dürfen fotografiert und für Werbezwecke veröffentlicht werden, sofern Sie unter „Anmerkungen“ nicht Einspruch erheben. LIENNA cosmetics darf mich telefonisch und per E-Mail kontaktieren.

Anmerkungen:

Datum, Unterschrift Kund*innen/
erziehungsberechtigte Person

Datum, Unterschrift Lienna Fischer



Einverständniserklärung

über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Kund*innen,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Ich halte nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und darf Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie mir Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne bin ich dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten ich von Ihnen keine fristgerechte Absage, so darf ich Sie darauf aufmerksam machen, dass ich Ihnen 50% des Behandlungsbetrages als Schadenersatz in Rechnung stelle. Bei einem nachweislich unverschuldeten Fernbleiben verfällt das Ausfallhonorar.

Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalisierte Schaden entstanden ist.

Bitte füllen Sie nachfolgendes Formular aus.

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Hamm, den _____

(Unterschrift Kund*innen
/ erziehungsberechtigte Person)



Einverständniserklärung für Minderjährige

Hiermit erlaube ich, _____
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

(Straße, PLZ, Ort)

(Geburtsort)

(Rechtsgültige Lichtbildausweis- oder Führerscheinnummer)

(Telefonnummer)

Meinem Kind, _____
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

(Straße, PLZ, Ort)

(Geburtsort)

sich bei LIENNA cosmetics kosmetisch behandeln zu lassen. Ich bin über die Kosten informiert und stimme der aktuellen Preisliste zu. Ich habe die Einverständniserklärung(en) für die vorgesehene(n) Behandlung(en) gelesen, ausgefüllt und unterschrieben. Die Einverständniserklärung für Minderjährige ist bis auf Widerruf gültig.

Diese Erlaubnis
bezieht sich auf folgende Behandlung(en): _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Alle in diesem Schreiben, dokumentierten Ausweise sind beim Termin als Original oder Kopie mitzubringen und im Studio vorzulegen.



Eidesstaatliche Erklärungen

Eidesstaatliche Erklärung des/ der oben genannten Erziehungsberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass ich der / die Erziehungsberechtigte der o.g. Person bin und diese Einverständniserklärung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte mit bestem Gewissen wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterschrieben habe. Nicht als erziehungsberechtigt gelten: Bruder, Schwester, Onkel, Tante und andere Personen. Falsche eidesstaatliche Angaben stellen eine Straftat dar und werden strafrechtlich verfolgt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Eidesstaatliche Erklärung des/ der oben genannten Minderjährigen

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Einverständniserklärung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte mit bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Falsche eidesstaatliche Angaben stellen eine Straftat dar und werden strafrechtlich verfolgt. Mir ist bewusst, dass ich ab einem Alter von 16 Jahren strafmündig bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Wird vom Studio ausgefüllt

Überprüft _____

Anmerkungen _____