

Beauty-Eyes



Beauty Eyes

*Der perfekte Look in Neuruppin*

## FORMULAR Haftungsausschluß

Um Ihre Behandlung so effektiv und sicher wie möglich zu gestalten, füllen Sie bitte das untenstehende Formular vor Ihrer Behandlung aus.

Alle gesammelten Informationen sind STRENG VERTRAULICH und werden als Teil Ihrer Kundenakte aufbewahrt.

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie das Konsultationsformular so gründlich wie möglich ausfüllen, und beachten Sie dabei jegliche Operation oder Krankheit, die Sie in den letzten 2 Jahren gehabt haben könnten. Denken Sie daran, Details über Medikamente, die Sie möglicherweise einnehmen, für alle Bedingungen, Allergien oder Krankheiten, die durch die Behandlung beeinflusst werden können, anzugeben.

Persönliche Details	
Voller Name	
Straße	
PLZ und Ort	
Mobile Number	
Email Adresse	
Geburtsdatum	
Hausarzt Name und Anschrift	
Unfälle / Verletzungen / Operationen	
Medizinische Daten zu z.B. Diabetes, Cancer, HIV, Asthma	
Derzeitiger Gesundheitszustand? Gut/Schlecht etc.	
Bekannte Allergien?	
Andere wichtige Details? z.B. Schwangerschaft	

Ich habe keine Informationen über meine Gesundheit zurückgehalten und die Informationen, die ich zur Verfügung gestellt habe, sind nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Ich verstehe das nach der Behandlung kleinere Reaktionen darauf entstehen können. Ich wurde über Risiken und Nebenwirkungen informiert und bin mit der Behandlung einverstanden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Kunde