



# Einverständniserklärung

zu Ihrer Behandlung:  
Dauerhafte Haarentfernung mittels Photoepilation

_____ Name, Vorname	_____ Geb. Datum	_____ Telefon
_____ Straße	_____ Hausnummer	_____ Postleitzahl/Ort

Professionelle Photoepilation eignet sich ausgezeichnet zur dauerhaften Haarentfernung. Da aber jede Kundin/ jeder Kunde andere körperliche Voraussetzungen mit sich bringt, kann keine **100%ige Haarfreiheit** garantiert werden.

**Graue/weiße, rote und weißblonde** Haaren können zwar behandelt werden, jedoch können **keine** langfristigen Ergebnisse erzielt werden.

Bedenken Sie bitte, dass eine erfolgreiche Behandlung nur für die Haare möglich ist, die sich in der aktiven Wachstumsphase befinden. Daher sind **mehrere Behandlungen** notwendig. Verschiedene hormonelle Schwankungen und körperliche Veränderungen können weitere Behandlungen notwendig machen und sogenannte Schläferhaare aktivieren, die dann auch nach dem Vollenden der Hauptbehandlungen nachbehandelt werden müssten.

Die Anwendung auf dunkler und gebräunter Haut ist grundsätzlich kein Problem, es sollte jedoch **48h vor** und **nach** der Behandlung zu **keinem intensiven Sonnenbaden** (Sonne/Solarium) kommen, denn gereizte Haut (Sonnenbrand) kann nicht mittels Photoepilation behandelt werden, da die Gefahr besteht, dass Irritationen auftreten.

Bedenken Sie bitte, dass nur auf **gesunder** und **fremdstofffreier Haut** behandelt werden kann. Körperzonen mit **Tattoos und/oder Permanent MakeUp** können nicht mittels Photoepilation enthaart werden. Kosmetika mit Farb- oder Partikelstoffen, Deodorant oder sonstige sich auf der Haut ablagernde Stoffe müssen vor der Behandlung abgewaschen werden. **Selbstbräuner/Spraytanning** darf daher auch erst **nach** der Behandlung aufgetragen werden.

Zur bestmöglichen Wirkung bei optimalem Anwendungskomfort rasieren Sie 1-2 Tage vor dem Termin die zu behandelnde Körperzone. Wenn Haare gezupft, epiliiert oder mit Enthaarungscreme entfernt wurden, muss 4-6 Wochen gewartet werden um die Behandlung mittels Photoepilation beginnen zu können.

**Rasieren dürfen Sie jederzeit und uneingeschränkt!**

Die Kundin/ der Kunde **muss** sich über die eigene **körperliche Verfassung** bzw. mögliche **Vorbelastungen/Krankheiten** äußern, die Richtigkeit der Kundenangaben ist für eine



erfolgreiche Behandlung absolut maßgebend.

Teilen Sie vor der 1. Behandlung mit ob bzw. welche Medikamente Sie nehmen, insbesondere **Gerinnungshemmer oder lichtsensibilisierende Wirkstoffe z.B. Antibiotika**. Lesen Sie hierzu auch die Packungsbeilage oder fragen Sie Ihren behandelnden Arzt oder Apotheker.

Bei Kundinnen und Kunden mit aktiver **Neurodermitis, Hautkrebs, Blutkrankheit, Ekzemen, Epilepsie, Herzschrittmachern, Diabetes, Schuppenflechte, Infektionskrankheiten, Wunden und Entzündungen** wird von einer Behandlung mittels Photoepilation abgeraten bzw. eine vorherige Absprache, Begutachtung und **schriftliche Freigabe** durch Ihren behandelnden Arzt empfohlen.

Auch bei **Schwangerschaften** wird von einer Behandlung **abgeraten** oder muss eine **ärztliche Erlaubnis** vorgewiesen werden. Zwar sind bislang keine Nebenwirkungen bekannt, jedoch gibt es keine Langzeitstudien und die Geräte wurden in klinischen Tests nicht an schwangeren Personen getestet.

**Bitte teilen Sie vor jedem erneuten Termin mit, ob sich zu diesen Punkten etwas geändert hat!**

Ich verstehe, dass die Ergebnisse entsprechend des **Hauttyps und Gefäßkalibers variieren** können.

Ich verstehe, dass es zu seltenen **Nebenwirkungen**, wie Narben, permanenten Verfärbungen und vorübergehenden Effekten wie Erytheme (Rötungen), leichtes Brennen, perifollikuläre (das Haar umgebende) Ödeme (Wassereinlagerungen) und Verfärbungen kommen kann. Diese Nebenwirkungen wurden mir ausführlich erklärt.

Mir wurde die **Sicherheit, Wirksamkeit, die möglichen Komplikationen und Risiken** der Photoepilation erklärt.

Mit meiner **Unterschrift** dieser Einverständniserklärung bestätige ich, dass ich **diese gelesen** und ihren **gesamten Inhalt verstanden habe**, keine Fragen mehr ungeklärt sind und weder schwanger bin noch stille.

Ich bin einverstanden die Photoepilation und ggf. Folgebehandlungen durchführen zu lassen. Bei eventuellen Unfällen oder Schädigungen meiner Gesundheit werde ich weder die behandelnde Person, das Unternehmen, Personal oder sonstige Verantwortliche zu einer Haftung oder Mithaftung heranziehen. **Die Teilnahme an der Behandlung erfolgt auf mein eigenes Risiko**. Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

Ich willige ein, dass **meine Daten** durch feMale beauty zur eigenen Informationsweitergabe (wie Terminerinnerung/-verschiebung) **gespeichert** und **genutzt** werden dürfen.

Abschließend nehme ich zu Kenntnis, dass bei **nicht zeitgerechter Absage** (spätestens 12h vorher, außer bei akuter Krankheit → Ärztliches Attest) **50€ in Rechnung** gestellt werden müssen.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift der Kundin/ des Kunden

---

Unterschrift feMale beauty Personal