LIMITLESS BEAUTY

DOSSIER

Formulare vor der Behandlung

Bitte lesen Sie die folgenden Formulare sorgfältig durch, füllen Sie sie vollständig aus und unterschreiben Sie sie vor Beginn Ihrer Behandlung bei Limitless Beauty.

1. **Einwilligungserklärung Datenschutz**
   Bearbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten (DSG)

2. **Anamnese – Gesundheitsfragebogen**
   Haarentfernung mit Laser

3. **Aufklärung und Bedingungen**
   Risiken, Haftung, Terminabsagen, Verspätungen und Unterschrift

Limitless Beauty · Bahnhofstrasse 52 · 8200 Schaffhausen
Tel. 076 411 68 78 · info@limitless-beauty.ch · www.limitless-beauty.ch

LIMITLESS BEAUTY

Bahnhofstrasse 52 · 8200 Schaffhausen · Tel. 076 411 68 78 · info@limitless-beauty.ch

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Bearbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten gemäss dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG)

Ich, Name und Vorname _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

willige hiermit freiwillig ein, dass Limitless Beauty meine Personendaten sowie meine Angaben zur Gesundheit gemäss dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 25. September 2020 bearbeitet.

Zweck: Die Daten werden ausschliesslich für die Planung, Durchführung, Dokumentation und Nachbetreuung meiner Behandlungen sowie für die Terminverwaltung und Rechnungsstellung verwendet.

Vertraulichkeit: Meine Daten werden vertraulich behandelt und sicher aufbewahrt. Sie werden nicht veröffentlicht und nur dann an Dritte weitergegeben, wenn eine gesetzliche Pflicht besteht oder ich vorgängig ausdrücklich zugestimmt habe.

Meine Rechte: Ich kann jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten verlangen sowie deren Berichtigung oder Löschung beantragen, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Fotodokumentation (freiwillig)

- ☐ Ich bin einverstanden, dass vor und nach der Behandlung Fotos der behandelten Stellen zur internen Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemacht werden.
- ☐ Ich bin zusätzlich einverstanden, dass diese Fotos **anonymisiert** (ohne Gesicht und ohne Namen) für Website und Social Media von Limitless Beauty verwendet werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

LIMITLESS BEAUTY

Bahnhofstrasse 52 · 8200 Schaffhausen · Tel. 076 411 68 78 · info@limitless-beauty.ch

ANAMNESE

Gesundheitsfragebogen für die Haarentfernung mit Laser

Persönliche Daten

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

Fragen zur Gesundheit

Nr.	Frage	Ja	Nein
1	Leiden Sie an einer Hauterkrankung (z. B. Ekzeme, Psoriasis)? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
2	Haben Sie in den letzten 6 Monaten Retinoide (z. B. Isotretinoin) oder andere Hautmedikamente eingenommen? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
3	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (z. B. Antibiotika, Blutverdünner)? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
4	Leiden Sie an Lichtempfindlichkeit oder hatten Sie früher lichtbedingte Hautreaktionen?	☐	☐
5	Haben Sie eine Vorgeschichte von Krebs, Hautkrebs oder Krebsvorstufen? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
6	Haben Sie Tattoos oder Permanent Make-up in den zu behandelnden Bereichen? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
7	Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
8	Haben Sie Allergien? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
9	Nehmen Sie Hormone ein oder haben Sie bis vor Kurzem Hormone oder andere Medikamente eingenommen? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
10	Haben oder hatten Sie Herpes simplex (z. B. Fieberbläschen)? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐

Nr.	Frage	Ja	Nein
11	Haben Sie eine Geschlechtskrankheit oder eine Autoimmunerkrankung? Falls ja, bitte angeben: _____	☐	☐
12	Sind Sie schwanger, stillen Sie oder planen Sie eine Schwangerschaft in naher Zukunft?	☐	☐
13	Hatten Sie in den letzten vier Wochen Sonneneinstrahlung (inkl. Solarium), die zu einem Sonnenbrand oder einer intensiven Bräunung geführt hat?	☐	☐
14	Leiden Sie an einer Herz- oder Gefässerkrankung?	☐	☐
15	Haben Sie Diabetes oder hatten Sie früher Diabetes?	☐	☐
16	Haben Sie eine Vorgeschichte von Krampfanfällen oder Epilepsie?	☐	☐
17	Neigen Sie nach Hautverletzungen zu Narben- oder Keloidbildung?	☐	☐
18	Haben Sie eine Narbe, die weniger als 6 Monate alt ist?	☐	☐
19	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Laserbehandlung?	☐	☐
20	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Radiofrequenz-Behandlung?	☐	☐
21	Hatten Sie kürzlich ein chemisches Peeling?	☐	☐
22	Nehmen Sie Drogen?	☐	☐
23	Haben Sie Anorexie, Bulimie oder hormonell bedingtes Untergewicht?	☐	☐
24	Haben Sie Hirsutismus (sehr starke Behaarung)?	☐	☐
25	Haben Sie Porphyrie (Blutkrankheit) oder eine Gerinnungsstörung?	☐	☐
26	Haben Sie elektronische oder metallische Implantate oder Prothesen?	☐	☐
27	Haben Sie einen Defibrillator, Herzschrittmacher oder ein künstliches Organ?	☐	☐
28	Haben Sie Gewebewucherungen oder Schwangerschaftsflecken?	☐	☐
29	Haben Sie polyzystische Eierstöcke (PCO-Syndrom)?	☐	☐
30	Haben Sie verbrannte oder transplantierte Haut?	☐	☐
31	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Eiseninfusion?	☐	☐
32	Sind Sie hitzeunempfindlich?	☐	☐
33	Sind Sie schmerzunempfindlich?	☐	☐
34	Haben Sie ästhetische Implantate?	☐	☐

LIMITLESS BEAUTY

Bahnhofstrasse 52 · 8200 Schaffhausen · Tel. 076 411 68 78 · info@limitless-beauty.ch

AUFKLÄRUNG UND BEDINGUNGEN

Bitte sorgfältig lesen und am Ende unterschreiben

Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen

Ich wurde darüber informiert, dass bei der Haarentfernung mit Laser – auch bei sorgfältiger und fachgerechter Durchführung – unter anderem folgende Reaktionen auftreten können: Rötungen, Schwellungen, Brennen oder Schmerzen, Bläschen- oder Krustenbildung, vorübergehende oder länger anhaltende Pigmentveränderungen (hellere oder dunklere Hautstellen), Verbrennungen sowie in seltenen Fällen Narbenbildung.

Kein garantierter Behandlungserfolg

Ich nehme zur Kenntnis, dass weder eine vollständige noch eine dauerhafte Haarfreiheit garantiert werden kann. Die Anzahl der benötigten Sitzungen sowie das Ergebnis hängen unter anderem von Hauttyp, Haarfarbe, Haarstruktur und hormonellen Faktoren ab und können nicht verbindlich vorausgesagt werden.

Eigenverantwortung und Haftung

Ich lasse die Behandlung auf eigenen Wunsch und in Kenntnis der oben genannten Risiken durchführen. Ich verpflichte mich, die Nachpflegehinweise (insbesondere Sonnenschutz sowie Verzicht auf Solarium und Peelings) einzuhalten.

Limitless Beauty haftet nicht für Folgen, die auf unvollständige oder falsche Angaben im Gesundheitsfragebogen, auf das Verschweigen von Medikamenten oder Erkrankungen oder auf die Missachtung der Nachpflegehinweise zurückzuführen sind. Ebenso wird nicht gehaftet für übliche, vorübergehende Hautreaktionen, die trotz fachgerechter Durchführung auftreten. Die gesetzliche Haftung für vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verhalten bleibt vorbehalten.

Terminabsagen und Verspätungen

Termine können bis spätestens **24 Stunden** vor dem vereinbarten Zeitpunkt kostenlos abgesagt oder verschoben werden. In folgenden Fällen werden **50 % des Preises der gebuchten Behandlung** in Rechnung gestellt:

- bei einer Absage weniger als 24 Stunden vor dem Termin;
- bei Nichterscheinen ohne Absage;
- bei einer Verspätung von mehr als **15 Minuten**. Der Termin verfällt in diesem Fall, da wir aus Rücksicht auf die nachfolgenden Kundinnen und Kunden nicht länger warten können.

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe. Änderungen meines Gesundheitszustandes oder neue Medikamente melde ich vor jeder weiteren Sitzung. Ich habe die Aufklärung und die oben genannten Bedingungen gelesen und verstanden, hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, und stehe nicht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss.

Ort, Datum	Unterschrift Kundin / Kunde	Aufgenommen von (Name, Visum)