

SCALP AESTHETIC

Natürlich. Präzise. Du.

Kundenformular SMP- Kopfhautpigmentierung

Gesundheitsfragen, Datenschutz und Einwilligung zur SMP-Behandlung

SCALP AESTHETIC

Dein Selbstvertrauen. Deine Entscheidung.

Wir bitten dich, folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten, um eine korrekte Einschätzung zu bekommen.

Mann

Frau

1) Kundendaten

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

2) Bevorzugter Kontakt

Bitte ankreuzen

Telefon

E-Mail

WhatsApp / SMS

3) Behandlungsziel

Shave Effect

Verdichtung

Narben-Camouflag

4) Vorstellung

Möglichst natürlich

Definierte Haarlinie

Maximale Dichte

5.1) Medizinischer Kurz-Check

Bitte ankreuzen - nur Zutreffendes

Herzprobleme / Herzklopfen

Blutkrankheiten / Blutverdünner

Schwangerschaft / Stillzeit

Epilepsie

Diabetes

Fieberblasen

Hoher Blutdruck

Tiefer Blutdruck

Anämie

Heilungsprobleme

HIV / AIDS

Hepatitis

Nierenkrankheit

Schilddrüsenprobleme

Problemnarben

Ekzem

Haartransplantation

SMP-Behandlung

SCALP AESTHETIC

Dein Selbstvertrauen. Deine Entscheidung.

5.2) Medizinischer Kurzcheck

Frühere Haartransplantation oder SMP: Jahr/Ort _____

Aktuelle Medikamente (freiwillige Kurzangabe): _____

Sind Sie aktuell in einer Behandlung? _____

Haben Sie in den letzten zwei Wochen Aspirin,
Ibuprofen und / oder Antibiotika genommen? Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelchen
kosmetischen Verfahren (Botox, dermale Füllstoffe usw.) unterzogen? _____

Leiden Sie an Allergien (einschliesslich Latex)? Wenn ja, welche? _____

6) Foto- / Video-Einwilligung

Interne Dokumentation (Patientenakte)

Ja

Nein

7) Marketing-Öffentlichkeit

Hinweis: Ein Widerruf gilt nur für die Zukunft. Bereits veröffentlichte Inhalte können nicht rückwirkend entfernt werden.

Ja, anonymisiert

Ja, vollständig

Nein

8) Datenschutz (revDSG - kurz)

Ich willige ein, dass SCALP AESTHETIC meine Personen- und Gesundheitsdaten für Termin, Beratung, Behandlung und Nachbetreuung verarbeitet und sicher speichert. Speicherung nur so lange nötig, danach Löschung/Anonymisierung. Keine Weitergabe an Dritte ausser gesetzliche Pflicht oder geschützte Dienstleister. Ich kann Auskunft, Berichtigung, Löschung verlangen und meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Einwilligung zur Datenbearbeitung (Gesundheitsdaten)

SCALP AESTHETIC

Dein Selbstvertrauen. Deine Entscheidung.

9) Nachkontrolle Einverständniserklärung / Zustimmung der SMP-Behandlung

Die oben genannte Person bestätigt somit:

- volljährig (mind. 18 Jahre) zu sein und keinen gesetzlichen Vertreter zu benötigen.
- im Rahmen der SMP-Beratung über Ablauf, Risiken, Pflege und mögliche Nebenwirkungen umfassend informiert worden zu sein.
- die Entscheidung zur Behandlung freiwillig und nach eigenem Ermessen getroffen zu haben.
- mit der empfohlenen Technik, Pigmentfarbe und Hairline-Form (Design) einverstanden zu sein.
- das Nachsorge-Infoblatt gelesen, verstanden und erhalten zu haben.
- darüber informiert worden zu sein, dass bei unsachgemässer Pflege (gemäß Nachsorgeblatt) Reizungen oder Infektionen auftreten können.
- sämtliche Hinweise und Empfehlungen erhalten und verstanden zu haben und diese zu befolgen.
- die Zustimmung zur Durchführung der SMP-Behandlung zu erteilen und die Bedingungen vollständig gelesen zu haben.

Ein vollständiges Verblassen oder eine Mindesthaltbarkeit der Pigmentierung kann nicht garantiert werden. Nach der ersten Sitzung ist das Ergebnis in der Regel noch nicht endgültig. Eine oder mehrere Nachbehandlungen sind üblich.

10) Haftungsausschluss

Es besteht keine Haftung für Reaktionen, Allergien, Farbveränderungen oder unerwartete Heilungsverläufe, die im Zusammenhang mit der SMP-Behandlung entstehen. Sollten gesundheitlich relevante Informationen verschwiegen werden, die Risiken für die behandelnde Person oder das Studio darstellen, behält sich SCALP AESTHETIC™ rechtliche Schritte vor.

Bei bestehenden gesundheitlichen Problemen oder Unsicherheiten wurde mir empfohlen, vor der Behandlung ärztlichen Rat einzuholen.

11) Aufklärung und Einwilligung (Pflichtbestandteile)

Einwilligung zur Behandlung erteilt

Name (Blockschrift) _____ Unterschrift Kunde / Kundin _____

Ort, Datum _____ Unterschrift SMP-Artist _____

Nur falls minderjährig

Name (Blockschrift) gesetzlicher Vertreter (Mutter oder Vater) _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter (Mutter oder Vater) _____

Ort, Datum _____