



**Einverständniserklärung  
für die Gesichtshautbehandlung mit der**

**PHI ♀ LINGS -Technik**

Zwischen

très jolie beauty lounge  
John-F.-Kennedy-Allee 15  
71686 Remseck  
Telefon 07141.59439

- nachfolgend "**Studio**" genannt -

und

---

Name / Vorname

---

Straße / Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon

- nachfolgend "**Kunde**" genannt -

## 1. Erklärung

Der Kunde wurde vom Studio über die Gesichtshautbehandlung mittels PhiLings-Technik informiert. Die Art des Verfahrens, deren Zweck und Nutzen, Dauer und zu erwartende Ergebnisse, mögliche Risiken, schmerzhaft und andere vorübergehende oder dauerhafte Konsequenzen wurden im Detail erläutert.

Das Studio verpflichtet sich, die Behandlung unter strengster Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften vorzunehmen.

## 2. Vergütung

Der Kunde verpflichtet sich, dem Studio eine Vergütung für die in Absatz 1 beschriebenen Dienste, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro zu erbringen. Die Vergütung ist sofort nach der Behandlung zu entrichten.

## 3. Gesundheitsfragen

Um die Behandlung optimal zu gestalten, bitten wir Sie, auf folgende Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu zu antworten. Leiden Sie unter einer unten aufgeführten Krankheit oder nehmen Sie unten aufgeführte Medikamente ein?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Durchblutungsstörungen<br>(Thrombose, Hämophilie, Anämie, usw.)                      | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Diabetes (Typ 1 oder 2)  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hepatitis A/B/C/D/E/F  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| HIV positiv  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hautkrankheiten<br>(Rosacea, Impetigo, Erysipel, Lupus,<br>Sklerodermie oder andere) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Empfindliche / sensible Haut<br>(Ekzem oder atopische Dermatitis, Neurodermitis)     | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Allergien gegen Medikamente, Nahrung,<br>Metalle, Make up oder andere                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Autoimmunerkrankung  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Akute oder chronische Infektionskrankheiten  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie anfällig für Herpes?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Epilepsie oder andere Anfallsleiden  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Herzprobleme   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie schwanger?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Stillen Sie?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wenn ja, welche _____  |                             |                               |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wundheilungsstörung   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Neigen Sie zu Keloidbildung oder hypertrophischen Narben?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol konsumiert?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation oder Bestrahlung?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Botoxbehandlung?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Laserbehandlung oder chemisches Peeling?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie jemals eine PMU oder andere kosmetische Behandlung?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Verwenden Sie routinemäßig Retinol-A, Glykol oder andere Peelingprodukte?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Tragen Sie Kontaktlinsen?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie ölige/fettige Haut?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie gerade Ihre Periode?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Entwickeln Sie tendenziell durch Sonne und Wunden dunkle Flecken auf der Haut?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Bilden sich schnell Narben bei kleineren Hautverletzungen?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Bluten Sie stark nach kleineren Schnittverletzungen?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie prothetische Implantate?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie Probleme mit der Heilung nach einer PMU- oder ähnlichen kosmetischen Behandlung?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten oder haben Sie ein Krebsleiden?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Erhalten Sie zur Zeit eine Strahlenbehandlung oder Chemotherapie?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie jemals oder machen Sie gerade eine Akne-Behandlung mit ACCUTANE?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Müssen Sie aus einem medizinischen Grund vor einem zahnmedizinischen oder einem anderen invasiven Eingriff eine Antibiotikaphylaxe betreiben? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Wenn Sie eine Frage mit „**JA**“ beantwortet haben, dann nutzen Sie bitte den nachfolgenden Platz für nähere Erläuterungen.

Ein „**JA**“ als Antwort bedeutet nicht, dass Sie kein akzeptabler Kandidat für das kosmetische Verfahren sind. Es sind einfach Informationen, die für den Behandler wertvoll sind, da jeder Körper einer Person einzigartig ist oder aufgrund eines Gesundheitszustandes die Heilung beeinträchtigt wird und es ratsam oder erforderlich ist, vorab Ihren Arzt zu konsultieren.

**Wurde ein Sie betreffender Gesundheitszustand nicht aufgeführt, dann geben Sie diesen bitte nachstehend an!**

---

---

---

---

---

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Bei falschen Angaben übernimmt das Studio keinerlei Haftung für die Behandlung.

#### 4. Vertragliche Verpflichtungen

Ich stimme dem Fotografieren meines Gesichts und der Verwendung des Fotos zu Werbezwecken zu.

JA  NEIN

#### 5. Gewährleistung

Der Kunde stellt das Studio für alle Ansprüche, Forderungen, Schäden, Handlungen und Handlungsursachen, die sich aus der Erbringung der Dienstleistungen ergeben, frei.

Das Studio haftet nur in Fällen grober Fahrlässigkeit und Vorsatz sowie bei einer leicht fahrlässig verursachten Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit nach den gesetzlichen Bestimmungen. Im Übrigen haftet das Studio nur wegen der schuldhaften Verletzung wesentlicher Vertragspflichten.

Der Schadensersatzanspruch für die schuldhafte Verletzung wesentlicher Vertragspflichten ist jedoch auf den vertragstypischen vorhersehbaren Schaden begrenzt, soweit nicht zugleich ein anderer der in Satz 1, 2 oder 3 aufgeführten Fälle gegeben ist. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für alle Schadensersatzansprüche, und zwar gleich aus welchem Rechtsgrund, insbesondere wegen Mängeln, der Verletzung von Pflichten aus dem Schuldverhältnis oder aus unerlaubter Handlung. Eine Änderung der Beweislast zum Nachteil des Kunden ist mit den vorstehenden Regelungen nicht verbunden.

#### 6. Erläuterung

Der Kunde wurde im Detail über spezifische Risiken der Gesichtshautbehandlung mit PhiLings-Technik informiert. Folgende Risiken wurden dem Kunden ausdrücklich erklärt:

- Während der Behandlung ist trotz des Fachwissens und aller Vorsichtsmaßnahmen eine Verletzung möglich.
- Trotz der Anwendung der modernsten und hochwertigsten Produkte ist eine allergische Reaktion möglich, aber selten. Der Kunde wird darüber informiert, das Studio übernimmt jedoch keine Haftung.
- Während und nach der Behandlung können vorübergehende Schwellungen, Rötungen und / oder Juckreiz auftreten. Die Erfahrung sagt uns, dass diese Symptome vorübergehend sind.

## 6.1 Microneedling

Nach dem Eingriff ist die Haut in ähnlicher Weise wie bei einem moderaten Sonnenbrand gerötet. Es kann zu einem Spannungsgefühl der Haut und einer leichten Berührungsempfindlichkeit der behandelten Stelle kommen. Diese Effekte nehmen wenige Stunden nach der Behandlung stark ab und innerhalb der nächsten 24 Stunden wird die Haut vollständig abheilen. Nach 3 Tagen ist die sichtbare Hautrötung (Erythem) verschwunden.

Die Ergebnisse der angewandten Behandlung können aufgrund der Unterschiede in der Hautqualität unterschiedlich sein. Folglich gibt es keine Garantie für den Behandlungserfolg.

Um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen, sind in der Regel bis zu 3 Behandlungen, im Abstand von jeweils 2 Wochen notwendig. Die Ergebnisse halten 4 bis 6 Monate an.

## 6.2 Phi-Ion

Eine unbestimmte Anzahl von gelblichen Flecken mit bis zu 2 mm Durchmesser werden im behandelten Bereich erscheinen und bis zu 5 Tage sichtbar bleiben. Augenlider können anschwellen, nach der Behandlung rot werden und der Kunde kann ein Kribbeln verspüren. Alle diese Nebenwirkungen sollten innerhalb von 7 bis 10 Tagen verschwinden.

Die richtige Anwendung der Nachpflegeprodukte ist von äußerster Wichtigkeit.

Eine Behandlung reicht in der Regel aus, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Nach 1 Monat, bei dem Check-up-Termin, bestimmt der Behandler, ob eine zusätzliche Behandlung notwendig ist. Die Ergebnisse werden voraussichtlich mindestens 9 Monate anhalten.

Microneedling sowie Plasmatherapie führt immer zur Hautverletzung. Daher ist es wichtig, die Haut nach der Behandlung sorgfältig und sanft zu pflegen, um eine Heilung ohne Komplikationen zu ermöglichen.

Unzureichende Nachsorge in der Heilungsphase der Haut kann zu schlechten Ergebnissen führen. Das Studio kann dafür nicht haftbar gemacht werden.

### **In den nächsten 7 Tagen ist der Kunde verpflichtet Folgendes zu beachten:**

- Waschen Sie Ihr Gesicht nach der Behandlung für mindestens 5 Stunden nicht, (optimal 12 Stunden), um eine optimale Wirkung von Phi After Treatment Mask zu gewährleisten. Innerhalb der nächsten 3 Tage nach der Behandlung wird eine spezielle Art von Nachsorgeprodukten (Skin Candy After Care Balm und Ultimate Skin Cocktail) nach detaillierten Gebrauchsanweisungen angewendet. Bitte verwenden Sie keine anderen Cremes außer denen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden, um mögliche Infektionen oder allergische Reaktionen zu vermeiden.
- Verwenden Sie für 48 Stunden nach der Behandlung kein Make up auf der Gesichtshaut, einschließlich der Augenlider.
- Vermeiden Sie in der ersten Woche nach der Behandlung öffentliche Schwimmbäder, Sonnenbaden, Solarium, Sauna, Beauty-Behandlungen und intensive Tätigkeiten begleitet von Schwitzen (sportliche Aktivitäten), Kontakt mit Staub (Haushaltsarbeiten, etc.) und auf jeden Fall für die ersten 2 Tage den direkten Kontakt mit Sonnenlicht, tragen Sie eine dunkle Sonnenbrille und einen Hut.
- Bis zwei Wochen nach der Behandlung kein Botox oder dermal fillers verwenden. PhiLings-Behandlungen können 3 Wochen nach der Behandlung mit Botox oder dermal fillers sicher durchgeführt werden.

Das Studio kann im Falle einer unsachgemäßen Nachbehandlung nicht haftbar gemacht werden.

## 7. Bestätigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bestätige, dass ich den Inhalt jedes Absatzes dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe. Ich habe keine unrealistischen Garantien oder Garantien im Bezug auf die zu realisierenden Vorteile oder Konsequenzen der vorgenannten Verfahren erhalten.

JA  NEIN

Ich bestätige mit der Unterzeichnung dieser Einverständniserklärung, dass ich die Gelegenheit hatte, alle möglichen Fragen zu der Behandlung zu stellen und dass alle meine Fragen vollständig und verständlich durch das Studio beantwortet wurden.

JA  NEIN

Der Behandlungsablauf und die Nachsorgebehandlung wurden mir ausführlich erklärt, ich habe alles verstanden und bin damit einverstanden.

JA  NEIN

## 8. Unwirksame Bestimmung

Soweit einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein sollten, bleibt hiervon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages unberührt. Etwaige unwirksame Bestimmungen werden durch die jeweilige Regelung ersetzt, die in gesetzlich zulässiger Weise, dem von den Vertragsparteien mit dieser Bestimmung zum Ausdruck gebrachten Willen am nächsten kommt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift / Stempel Studio

## Abnahme durch den Kunden

Ich habe die PhiLings-Behandlung genauestens überprüft und nach der Behandlung als einwandfrei und ordnungsgemäß beurteilt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift / Stempel Studio

**Bei Minderjährigen** (vom gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich die/der gesetzliche Vertreter von \_\_\_\_\_ bin und der PhiLings-Behandlung an der Körperstelle \_\_\_\_\_, ausgeführt durch très jolie beauty lounge, Frau \_\_\_\_\_ zustimme.

Kundenbefragung und -erklärung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Daten gesetzlicher Vertreter/-in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Anlage:**

Kopie des Personalausweises

