



## Einverständniserklärung für \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kunde, bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus. Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit und unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Allergien:

Haben Sie oder hatten Sie jetzt oder in den letzten 6 Monaten irgendwelche Allergien oder allergische Reaktionen auf Medikamente? Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

Haben Sie schon mal auf Beauty-Produkte oder Anwendung allergische Reaktionen gezeigt? Wenn ja, auf welche und wie haben sich diese geäußert?

\_\_\_\_\_

**Anwendung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beauty-Experte:** \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift Beauty-Experte: \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

Folgetermine: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_