

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

SZEMPILLAÉPÍTÉSHEZ



Név:

E-Mail cím:

Cím:

Vészhelyzet esetén értesítendő

Születési hely, idő:

telefonszáma:

Telefonszám:

Instagram:

Kérlek, húzd alá a megfelelő választ!

Volt-e már korábban épített szempillád?

Igen / Nem

Van-e allergiád?

Igen / Nem

Ha igen, milyen?

.....
Van-e szénanáthád?

Igen / Nem

Volt-e fél éven belül lézeres szemműtéted?

Igen / Nem

Van-e egy hónapon belül készült sminktetoválásod?

Igen / Nem

Festették a szemöldököd/szempilláidat az elmúlt héten?

Igen / Nem

Van-e bármilyen szembetegséged? (pl. kötőhártya-gyulladás)

Igen / Nem

Ha igen, mi?

.....
Használsz-e rendszeresen szemcseppet, vagy kenőcsöt?

Igen / Nem

Van-e esetleg klausztofóbiád vagy pánikbetegséged?

Igen / Nem

Bármilyen más, fontos, egészségügyi információ:
.....

Kijelentem, hogy a szempillaépítéssel, és a szempillák leoldásával járó kockázatokat, esetlegesen fellépő allergiás reakciókat meghallgattam, és megértettem.

A szempillák ápolásához minden szükséges információt megkaptam, és tudomásul veszem, hogy ezek be nem tartásával az épített szempillák élettartama csökkenhet.

Kijelentem, hogy a kért szolgáltatás összegén felül kártérítési igényt nem támasztok, kivéve, ha olyan kár ér, ami szándékos károkozásnak minősül velem szemben. Tudomásul veszem, hogy ennek bizonyítása minden vitás esetben engem terhel.

Hozzájárulok, hogy a kezelés előtt/után fényképek, videók készüljenek rólam, amelyek megjelenhetnek a különböző közösségimédia-platformokon.

Kelt:

.....
Vendég aláírása

.....
Szempillaépítő aláírása