

**PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSVERTRAG**  
**zwischen**

Firmenname \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

nachfolgend „**das Studio**“ genannt.

**und**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

nachfolgend „**Kunde**“ genannt.

**[1] VERTRAGSGEGENSTAND**

Vertragsgegenstand ist die in Ziffer 3. dieses Vertrages detaillierte Permanent Make-Up Behandlung durch das Studio beim Kunden.

Das Studio verpflichtet sich, das vom Kunden gewünschte Permanent Make-Up ordnungsgemäß und nach gesundheitstechnischen Vorschriften an der vereinbarten Hautstelle anzubringen.

Der Kunde verpflichtet sich, dem Studio hierfür eine Vergütung in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ zu zahlen und diese unmittelbar nach der Abnahme des Permanent Make-Up zu entrichten.

Die Abnahme hat unmittelbar nach der Durchführung der Behandlung durch das Studio schriftlich zu erfolgen. Etwaige Mängel sind jeweils festzuhalten.

\_\_\_\_\_

# PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen dem Studio und dem Kunden

---

## [2] GESUNDHEITSFRAGEN

Um Ihre Pigmentierung optimal durchführen zu können, bitten wir, die nachstehenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

### Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder nehmen Sie nachfolgende Medikamente ein?

- |  |   |
|--|---|
| Hämophilie (Bluterkrankheit)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)   | <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       |
| Hauterkrankungen   | <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Ekzeme   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Allergien  | <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Autoimmunerkrankungen  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| neigen Sie zu Herpes?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Infektionskrankheiten/Fieber   | <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| akute Herz-/ Kreislaufprobleme   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| blutverdünnende Medikamente  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| liegt eine Schwangerschaft vor?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| regelmäßige Medikamente  | <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Liegt eine Verheilungsschwäche vor?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol eingenommen?                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
| Sind Sie in den letzten 14 Tagen operiert, bestrahlt oder anderweitig ärztlich behandelt worden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |
- 

## ACHTUNG DATENSCHUTZ

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

---

### [3] VERTRAGLICHE LEISTUNGEN (wird vom Studio ausgefüllt)

**Hiermit erklärt sich der Kunde einverstanden, dass folgende Pigmentierung vorgenommen wird:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neuarbeit  | <input type="checkbox"/> Auffrischung    | <input type="checkbox"/> Korrektur               |
| <input type="checkbox"/> Lidstrich oben                                     | <input type="checkbox"/> Lidstrich unten | <input type="checkbox"/> Wimpernkranzverdichtung |
| <input type="checkbox"/> Augenbrauen  | <input type="checkbox"/> Lippe Kontur    | <input type="checkbox"/> Lippe Schattierung      |
| <input type="checkbox"/> ____ Nacharbeiten (innerhalb von 2-3 Monaten) sind | <input type="checkbox"/> inbegriffen     | <input type="checkbox"/> nicht inbegriffen       |
| <input type="checkbox"/> werden mit ____ Euro berechnet.                    |  |  |

Datum	Nadelstärke	Farbe	Notizen
-------	-------------	-------	---------

---

---

---

# PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen dem Studio und dem Kunden

---

**[ ] Die Form und Farbe wurden eingehend besprochen, gezeigt und von dem Kunde genehmigt. Der Kunde wurde über die eventuellen Farbabweichungen informiert.**

---

## **Zusätzliche Vereinbarung:**

(z.B. über eine außergewöhnliche Form der Pigmentierung oder Farbgebung, Vergrößerung oder Verkleinerung)

---

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos gemacht werden, und dass diese zu Werbezwecken verwendet werden dürfen.

**[ ] ja, ganzes Gesicht [ ] ja, nur Behandlungsareal [ ] nein**

---

## **[4] GEWÄHRLEISTUNG**

Das Studio haftet nur in Fällen grober Fahrlässigkeit und von 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 oder 2 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.

---

## **[5] AUFKLÄRUNG**

Der Kunde ist von dem Studio über die spezifischen Gefahren der Pigmentierungsbehandlung eingehend und ausführlich informiert worden. Insbesondere wurde der Kunde auf folgende Gefahren hingewiesen:

- » Es kann bei der Pigmentierung, auch unter Beachtung aller gebotenen Sorgfalt der Kunst, zu Verletzungen kommen.
  - » Trotz modernster Farben können in Einzelfällen allergische Reaktionen vorkommen. Der Kunde ist sich dessen bewusst und trägt diesbezüglich allein die Verantwortung.
  - » Während und nach der Pigmentierung kann es vorübergehend zu leichten Schwellungen, Rötungen und/oder Juckreiz kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.
  - » Je nach Hautbeschaffenheit können sich nach der Verheilung der Erstarbeit Strichführungen mit der Wundverkrustung herauslösen und die Farbstärke kann sich je nach Farbauswahl verringern oder vertiefen.
  - » Jede Haut ist unterschiedlich und nimmt daher unterschiedlich Farbpigmente auf. Eine Erfolgsgarantie für die Behandlung kann daher nicht gegeben werden.
  - » In den ersten Tagen ist das Permanent Make-Up um einiges kräftiger als das abgeheilte Endergebnis. Je nach Beschaffenheit der Haut muss man mit Farbabweichungen rechnen und es kann sein, dass Nacharbeit/en nötig sind.
  - » Die Mindest- und Maximaldauer der Haltbarkeit der Pigmentierung kann nicht verbindlich bestimmt oder garantiert werden. Jegliche Nachbehandlung ist erst nach 4 Wochen möglich, solange dauert die Verheilungsphase. Nach dieser Phase ist die Farbentwicklung abgeschlossen, sodass der komplette Farbgrad sichtbar ist.
  - » Ein Permanent Make-Up ist immer eine Verwundung der Haut. Behandeln Sie diese entsprechend sorgfältig und schonend, damit diese komplikationsfrei verheilen kann. Mangelnde Pflege der in der Abheilung befindlichen Haut kann zu qualitativen Verlusten des Permanent Make-Up führen, die nicht in die Verantwortung des Studios fallen.
-

# PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen dem Studio und dem Kunden

---

**Der Kunde wird aufgefordert, in den nächsten 14 Tagen folgendes zu beachten:**

## NACHPFLEGE:

- » Die Pigmentierung am Tag der Pigmentierung mehrmals mit den feuchten Wattepad's leicht abwischen und ganz vorsichtig trocken tupfen.
  - » Ab dem 2. Tag und für die gesamte Zeit der Abkrustung (in der Regel 5-7 Tage) die pigmentierte Stelle nicht mit Wasser und Kosmetika in Berührung bringen. **2-3x täglich DÜNN!!!** eincremen.
  - » Solarium, Schwimmen, Sauna, Schwitzen (Sport) und übermäßiges Sonnen sind für die nächsten 14 Tage zu unterlassen.
  - » Die Pigmentierung darf nicht mit Wasser, Seife, Kosmetika oder ähnlichem in Berührung kommen und nicht mit dem Fingern berührt werden.
  - » Zur Nachpflege bitte nur die empfohlenen Produkte verwenden.
- 

» **DAS STUDIO SCHLIEßT JEDGLICHE HAFTUNG FÜR FALSCH ODER FALSCH VERSTANDENE NACHSORGE AUS.**

---

## [6] UNWIRKSAME BESTIMMUNGEN

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, den von den Vertragsparteien mit dieser Bestimmung zum Ausdruck gebrachten Willen am nächsten kommt.

---

## [7] GERICHTSSTAND

Gerichtsstand ist das Amtsgericht \_\_\_\_\_

---

**Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.**

Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich wurde über den Behandlungsablauf, die Nachbetreuung und alle Produkte ausgiebig aufgeklärt und erkläre mich damit einverstanden. Ich habe keine weiteren Fragen oder Einwände.

Da das Tätowieren laut §223 StGB Körperverletzung ist, willige ich mit meiner Unterschrift entsprechend §228 StGB ausdrücklich in die Körperverletzung ein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Studio

## ABNAHME DURCH DEN KUNDEN

Ich habe das Permanent Make-Up genauestens überprüft und nach der Behandlung als einwandfrei und ordnungsgemäß beurteilt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden

# PERMANENT MAKE-UP BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen dem Studio und dem Kunden

---

## BEI MINDERJÄHRIGEN

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich die/der gesetzliche Vertreter von

\_\_\_\_\_ bin und dem Permanent Make-Up an der Körperstelle

\_\_\_\_\_ ausgeführt von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ zustimme. Kundenbefragung und -Erklärung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

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

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

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

Kopie des Personalausweises: