

SINails Studio

Altmühlstrasse 14

93051 Regensburg

01577/2701768

sinails.de

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Diabetiker ja o nein o

Bluter ja o nein o

HIV Erkrankung ja o nein o

Neurodermitis oder andere Hauterkrankung

ja o nein o

Allergien ja o nein o

Sind Sie in hautärztlicher Behandlung

ja o nein o

Nehmen Sie Medikamente

ja o nein o

Wie haben Sie bisher enthaart

Rasierer o

Epilation o

Wachs o

Kundenfragebogen/Sugaring

Die nachstehenden Informationen werden vertraulich behandelt und nur intern von SINails Studio verwendet. Sie dienen als Hilfe für eine fachgerechte Behandlung, in der Ihnen am besten entsprechenden Weise. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Ich wurde über die Anwendungsweise, Preise und etwaige Risiken von SINails Studio ausreichend informiert, und bin mit der an mir vorgenommenen Anwendung einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, 48h nach dem Sugaring:

Nicht die Sauna oder ein öffentliches Schwimmbad aufzusuchen.
Kein Sonnenbad zu nehmen.
Auf Sport zu verzichten.
Keine Cremes, Shampoos, Duschbäder, Make-Up, Deodorants usw. zu verwenden.
Atmungsaktive Kleider zu tragen.
Innerhalb der nächsten 76 Stunden nach dem Zuckern kein Peeling anzuwenden.
Die nach dem Zuckern aufgetragenen Produkte auf der Haut zu belassen.
Mich bei etwaigen, ungewöhnlichen Irritationen der behandelten Regionen, an das Studio, oder gegebenenfalls an einen Hautarzt zu wenden.

Ich bin darüber informiert, dass Termine, die ich nicht einhalten kann, rechtzeitig, mindestens 48h vor Termin, abgesagt werden müssen. Wird diese Vereinbarung nicht eingehalten, wird mir der Verdienstausfall über die vereinbarte Anwendung von SINails Studio in Rechnung gestellt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte erst im Studio unterschreiben!

Ihr nächster Termin:
Anwendung:

Ihr nächster Termin:
Anwendung:

Ihr nächster Termin:
Anwendung:

Ihr nächster Termin:
Anwendung:

