



LASH VOLUME LIFT BEHANDELING

INTAKE FORMULIER

Voor- en achternaam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Heb je 1 van de onderstaande behandelingen ondergaan, of heb je van 1 van de onderstaande zaken last gehad of ben je hiervoor behandeld in het afgelopen jaar?

Blefaritis (ontsteking van de oogleden)

Herpes

Hooikoorts

Hypergevoeligheid/gevoelige ogen

Permanente Make-up/ Ogen liften

Alopecia (haaruitval)

Ogen laten laseren

Zwanger/ pas bevallen

Allergie

Trichotillomanie (overmatig uittrekken van wimpers/wenkbrauwen)

Draag je een bril/lenzen? Nee. Ja,

Ik stem toe met het volgende:

- Ik begrijp dat de wimperstyliste in overleg met mij, kiest voor de beste krulling van mijn natuurlijke wimpers voor het beste resultaat.
- Ik begrijp dat er een risico is verbonden aan het laten liften van mijn natuurlijke wimpers.
- Ik begrijp dat er irritatie, jeuk of zeldzame gevallen een ontsteking kan ontstaan.
- Ik begrijp dat er bij een allergische reactie geen geld retour wordt gegeven.
- Ik begrijp en stem toe dat de styliste mij heeft verteld over de nazorg en welke producten ik wel en niet mag gebruiken.
- Ik stem WEL/NIET toe dat er foto's van mij worden gemaakt tijdens de behandeling.
- Eventuele annulering van de afspraak dient minimaal 24uur vooraf doorgegeven worden. Bij annulering korter dan 24uur voor de afspraak zal 50/ van de behandelkosten worden doorgerekend, aangezien wij deze tijd hebben vrijgehouden.

Deze overeenkomst blijft geldig tijdens deze behandeling en alle volgende behandelingen. Ondertekende verklaart op de hoogte te zijn van de Algemene Voorwaarden (in te lezen op onze website of op te vragen in het salon).

Ik heb deze overeenkomst goed gelezen en begrijp alle informatie die beschreven is.

Plaats

Datum

Handtekening