

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

für Sugaring-/Haarentfernungsbehandlungen bei minderjährigen Personen

1. Minderjährige Person

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon/E-Mail (optional)

Termin am / bei Dauerzustimmung leer lassen

2. Erziehungsberechtigte Person(en)

Name erziehungsberechtigte Person 1

Telefon/E-Mail für Rückfragen

Name erziehungsberechtigte Person 2

Telefon/E-Mail (optional)

Straße und Hausnummer, falls abweichend

PLZ und Ort, falls abweichend

3. Zustimmung zur Behandlung

Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir Sorgeberechtigt bin/sind und der ausgewählten Sugaring-Behandlung der oben genannten minderjährigen Person bei SugaringTime zustimme(n). Diese Erklärung gilt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> einmalig für den oben genannten Termin | <input type="checkbox"/> dauerhaft bis zum Widerruf, längstens bis zur Volljährigkeit |
| <input type="checkbox"/> nur für die unten angekreuzten Körperbereiche | <input type="checkbox"/> einschließlich Terminvereinbarung und Zahlung der vereinbarten Leistung |

Hinweis: Ein Widerruf ist jederzeit für die Zukunft möglich. Bereits durchgeführte Behandlungen bleiben hiervon unberührt.

4. Erlaubte Körperbereiche

Bitte alle Körperbereiche ankreuzen, für die die Behandlung ausdrücklich erlaubt ist.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesicht komplett | <input type="checkbox"/> Augenbrauen |
| <input type="checkbox"/> Wangen | <input type="checkbox"/> Oberlippe |
| <input type="checkbox"/> Kinn | <input type="checkbox"/> Nacken |
| <input type="checkbox"/> Schultern | <input type="checkbox"/> Arme |
| <input type="checkbox"/> Achseln | <input type="checkbox"/> Rücken |
| <input type="checkbox"/> Beine komplett | <input type="checkbox"/> Unterbein inkl. Knie |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Bikini-Linie |
| <input type="checkbox"/> Pofalte | <input type="checkbox"/> Intimbereich inkl. Pofalte |

Für Bikini-Linie, Pofalte und Intimbereich ist eine ausdrückliche Ankreuzung erforderlich. Empfehlung: sensible/intime Bereiche nur ab vollendetem 16. Lebensjahr und nur, wenn die minderjährige Person selbst ausdrücklich einverstanden ist.

5. Angaben zu Haut, Gesundheit und Risiken

Bitte vor der Behandlung vollständig angeben. Bei unklaren Angaben oder sichtbaren Gegenanzeigen kann SugaringTime die Behandlung ablehnen oder abbrechen.

Keine bekannten Allergien/Unverträglichkeiten

Allergien/Unverträglichkeiten - falls bekannt

Wichtige Hinweise dazu

Keine akuten Hautreizungen, offenen Wunden oder Sonnenbrand

Hauterkrankung / Neurodermitis / Psoriasis / Warzen

Sonstige Hautveränderungen

Medikamente oder ärztliche Behandlung

Relevanz für Haut/Wundheilung

Sonstige Hinweise / Wünsche

Zu vermeidende Bereiche

Mir/Uns ist bekannt, dass es nach Sugaring vorübergehend zu Rötungen, Reizungen, Brennen, kleinen Hautverletzungen, eingewachsenen Haaren oder allergischen Reaktionen kommen kann. Die minderjährige Person soll die Nachpflegehinweise beachten.

6. Aufklärung und Verhalten

Die Behandlung erfolgt kosmetisch und ersetzt keine ärztliche Beratung. Vor der Behandlung werden Ablauf, gewünschte Bereiche und erkennbare Gegenanzeigen kurz besprochen. Nicht behandelt werden insbesondere Stellen mit offenen Wunden, Verbrennungen, akuten Entzündungen, starken Hautreizungen oder auffälligen Hautveränderungen. Bei akuten oder chronischen Hauterkrankungen sollte die Behandlung vorab ärztlich abgeklärt werden.

Die minderjährige Person wird darauf hingewiesen, während der Behandlung jederzeit Fragen zu stellen, Schmerzen oder Unwohlsein sofort mitzuteilen und die Behandlung jederzeit abbrechen zu lassen.

Datenschutz und Erklärung

7. Datenschutz-Kurzinformation

Verantwortlich: Svetlana Swetatschew / SugaringTime, Kaiserstr. 34, 50321 Brühl, info@sugaringtime.de. Die in diesem Formular erhobenen Daten werden zur Terminabwicklung, Durchführung der Behandlung, Dokumentation der Einwilligung und zur Rückfrage bei Erziehungsberechtigten verarbeitet. Rechtsgrundlage ist die Durchführung vorvertraglicher/vertraglicher Maßnahmen, berechnigte Interessen an Nachweis und Sicherheit sowie - soweit Gesundheitsangaben freiwillig gemacht werden - die ausdrückliche Einwilligung der unterzeichnenden Person(en).

Die Daten werden nicht für Werbung an Dritte weitergegeben. Sie werden gelöscht, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungs- oder Nachweispflichten entgegenstehen. Betroffene haben nach Maßgabe der DSGVO Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch und Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.

8. Erklärung der erziehungsberechtigten Person(en)

- Ich/Wir habe(n) die Angaben wahrheitsgemäß gemacht.
- Ich/Wir habe(n) die Hinweise zu Risiken, Gegenanzeigen und Nachpflege verstanden.
- Die minderjährige Person wünscht die Behandlung selbst und ist mit der Durchführung einverstanden.
Bei gemeinsamer Sorge: Die Zustimmung des weiteren sorgeberechtigten Elternteils liegt vor oder wird unten bestätigt.
- Ich/Wir bin/sind telefonisch unter der oben genannten Nummer erreichbar.
- Ich/Wir willige(n) in die Verarbeitung der freiwilligen Gesundheitsangaben für diese Behandlung ein.

Unterschriften und Studio-Prüfung

Ort

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person 1

Unterschrift erziehungsberechtigte Person 2 / weiterer
Sorgeberechtigter

Unterschrift minderjährige Person

Name/Unterschrift Studio

Vom Studio geprüft

 Identität/Telefonnummer geprüft Ausweis nur gesichtet, keine Kopie gespeichert

Interner Hinweis: Formular nicht unbegrenzt aufbewahren. Ausweiskopien nur anfordern/speichern, wenn zwingend erforderlich; andernfalls reicht Sichtprüfung/Telefonrückruf.