

# XXL LASHES

## Kunden-Datenblatt

Vorname	Nachname
Adresse	Telefon
Email Adresse	Geburtsdatum

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung und nehmen Medikamente ein? Ja  Nein
- Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja  Nein
- Sind Sie empfindlich gegenüber bestimmten Produkten? Ja  Nein
- Ist Ihnen eine Allergie gegen Kleber, Klebeband oder Pflaster bekannt? Ja  Nein
- Sind Sie empfindlich im Bereich der Augen und des Lides? Ja  Nein
- Haben Sie eine Entzündung oder Krankheit im Bereich der Augen? Ja  Nein
- Leiden Sie unter Dermatitis oder Ekzemen? Ja  Nein
- Was ist das Ergebnis Ihres Verträglichkeitstestes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätigte, dass die obigen Informationen korrekt sind. Ich habe verstanden, dass die Stylistin sich auf diese Angaben verlässt und aufgrund dieser eine sichere und effektive Applikation durchführen wird. Ich übernehme die Verantwortung für erteilte und nicht erteilte Informationen.

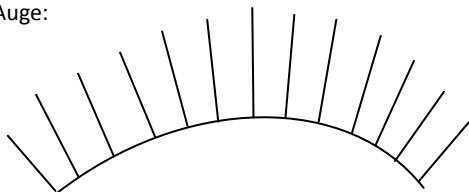
\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Kundin

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Stylistin

## Applikations-Protokoll - verwendete Materialien:

Wimpern	Curl:	Länge:	Durchmesser:	Pads /Tape / Cleanser
Kleber:	gewünschter Look:			
Zeitdauer:	Kosten:	Datum:	Unterschrift:	

Linkes Auge:



rechtes Auge

