

BEHANDLUNGSVERTRAG zwischen

**BM colours GmbH
Birgit Möller**

Bruchstr. 29 / 30
39576 Stendal

Telefon: 0 39 31 - 6 57 40 88

info@plasm.academy

www.plasm.academy

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 Plasma-Behandlung durch das Studio am Kunden. Das Studio verpflichtet sich, die vom Kunden gewünschte Behandlung ordnungsgemäß und nach gesundheitstechnischen Vorschriften an der vereinbarten Hautstelle auszuüben.

Der Kunde verpflichtet sich, dem Studio hierfür eine Vergütung in Höhe von EUR _____ zu zahlen und diese unmittelbar nach der Abnahme der Behandlung zu entrichten.

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

[2] GESUNDHEITSFRAGEN

Um Ihre Behandlung 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 Behandlung vorgenommen wird:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hautmkel entfernen | <input type="checkbox"/> Narbenbehandlung | <input type="checkbox"/> Faltenreduktion Schlupflid |
| <input type="checkbox"/> Faltenreduktion Unterlid | <input type="checkbox"/> PMU-Entfernung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <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

Nadel

Notizen

Zusätzliche Vereinbarung:

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 Plasmabehandlung eingehend und ausführlich informiert worden. Insbesondere wurde der Kunde auf folgende Gefahren hingewiesen:

- Es kann bei der Plasmabehandlung, auch unter Beachtung aller gebotenen Sorgfalt der Kunst, zu Verletzungen kommen.
- Trotz modernster Techniken können in Einzelfällen allergische Reaktionen vorkommen. Der Kunde ist sich dessen bewusst und trägt diesbezüglich allein die Verantwortung.
- Während und nach der Plasmabehandlung kann es vorübergehend zu leichten Schwellungen, Rötungen und/oder Juckreiz kommen. Diese klingen erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder ab.
- Je nach Hautbeschaffenheit können nach der Verheilung für mehrere Wochen Rötungen sichtbar sein.
- Jede Haut ist unterschiedlich. Eine Erfolgsgarantie für die Behandlung kann daher nicht gegeben werden.
- Die Mindest- und Maximaldauer der Haltbarkeit der Behandlung kann nicht verbindlich bestimmt oder garantiert werden. Jegliche Nachbehandlung ist erst nach 8 Wochen möglich, solange dauert die Verheilungsphase.
- Eine Plasmabehandlung 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 Ergebnisses führen, die nicht in die Verantwortung des Studios fallen.

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

NACHPFLEGE:

- M** Ab dem 2. Tag und für die gesamte Zeit der Abkrustung (in der Regel 5-7 Tage) die behandelte Stelle nicht mit Wasser und Kosmetika in Berührung bringen. **1-2x täglich DÜNN!!!** eincremen, wenn das Spannungsgefühl zu stark ist. Ansonsten trocknen abheilen lassen.
- M** Solarium, Schwimmen, Sauna, Schwitzen (Sport) und übermäßiges Sonnen sind für die nächsten 14 Tage zu unterlassen.
- M** Die behandelte Stelle darf nicht mit Wasser, Seife, Kosmetika oder ähnlichem in Berührung kommen und nicht mit dem Fingern berührt werden.
- M** Zur Nachpflege bitte nur die empfohlenen Produkte verwenden.



DAS STUDIO SCHLIEßT JEGLICHE HAFTUNG FÜR FALSCH UND / 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 Plasma-Behandlungen laut §223 StGB Körperverletzung sind, 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 Ergebnis genauestens überprüft und nach der Behandlung als einwandfrei und ordnungsgemäß beurteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden

BEI MINDERJÄHRIGEN

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

und der Plasma-Behandlung an folgendem Areal

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: