

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon/Mobil

E-Mail

	Ja	Nein	unklar
Sie sind unter 18 Jahren			
Sie haben UV-Hauttyp I oder II (gemäß Hauttypbestimmung auf der Rückseite)			
Ihre natürliche Haarfarbe ist rötlich.			
Ihre Haut neigt zur Bildung von Sommersprossen oder Sonnenbrandflecken.			
Ihre Haut weist mehr als 40 bis 50 Pigmentmale (Muttermale und Leberflecke) auf.			
Ihre Haut weist auffällige (atypische) Leberflecke (asymmetrisch, unterschiedliche Pigmentierung, unregelmäßige Begrenzung) auf.			
Ihre Haut weist auffällige, scharf begrenzte entfärbte Bereiche auf (Scheckhaut).			
Sie können überhaupt nicht bräunen, ohne einen Sonnenbrand zu bekommen, wenn Sie der Sonne oder künstlicher UV-Strahlung ausgesetzt sind (Hauttyp I).			
Sie bekommen leicht einen Sonnenbrand, wenn Sie der Sonne oder künstlicher UV-Strahlung ausgesetzt sind (Hauttyp II).			
Sie leiden aktuell unter einem Sonnenbrand.			
Sie hatten als Kind häufig einen Sonnenbrand.			
Ihre Haut zeigt Vorstufen von Hautkrebs oder es liegt oder lag eine Hautkrebserkrankung vor.			
bei Ihren Verwandten ersten Grades (Ihren Eltern oder Ihren Kindern) ist schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) aufgetreten.			
Sie neigen zu krankhaften Hautreaktionen infolge von UV-Bestrahlung.			
Sie leiden an Hautkrankheiten.			
Sie verwenden Kosmetika, die zu fotoallergischen und / oder fototoxischen Reaktionen führen können.			
Sie nehmen Medikamente ein, die als Nebenwirkung die UV-Empfindlichkeit Ihrer Haut erhöhen.			
Ihr Immunsystem ist krankheitsbedingt geschwächt (z.B. bei akut-entzündlichen Erkrankungen wie Erkältung/Grippe, nach einer Organtransplantation, bei HIV-Infektion).			

Werden nicht alle Fragen mit Nein beantwortet, so ist die Benutzung eines UV-Gerätes nicht gestattet.  
 Der Kunde bescheinigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.  
 Bei Unklarheiten **muss** der Rat eines Haus- oder Facharztes eingeholt **und** per Attest bescheinigt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Name + Unterschrift *Studio*: \_\_\_\_\_

Der Kunde wünscht keine weitere Beratung, keinen Besonnungsplan und benutzt die UV-Geräte auf eigene Verantwortung.  
 Mit seiner Unterschrift erklärt der Kunde diesen Passus als gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

Name + Unterschrift *Studio*: \_\_\_\_\_