



WEB NAILS – HEIKE WEBER

Nagelstudio, kosmetische Fußpflege

Erklärung zur Gesundheit

.....
Name, Vorname

.....
Adresse

.....
Telefon/mobil

- ☐ Hiermit erkläre ich nach bestem Wissen, dass **ich frei von ansteckenden Krankheiten** (insbesondere Viruserkrankungen wie z.B. Hepatitis C, HIV, COVID-19) bin.
- ☐ Ich bestätige, dass ich keinen Diabetes und keine Krampfadern habe. Ich leide nicht an Hämophilie (Bluterkrankheit) und nehme keine blutverdünnenden Medikamente, wenn ich zur kosmetischen Fußpflege komme.

Sobald ich Kenntnis davon erlange, dass sich hinsichtlich der oben genannten Punkte an meinem Gesundheitszustand etwas ändert, bin ich verpflichtet, das Nagelstudio sofort zu informieren.

Grafschaft, den

.....
Unterschrift des Kunden/der Kundin