



Einverständniserklärung - Hikari (13 - 17 Jahre)

Angaben der/des Jugendlichen

Vor- Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben der Erziehungsberechtigten

Vor- Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Hiermit erkläre ich mich als Erziehungsberechtigte Person mit der Durchführung der *Hikari Head Spa Behandlung* bei Soul Head Spa einverstanden.

Die Behandlung umfasst ausschließlich:

- Haar- und Kopfhautreinigung
- entspannende Kopfmassage
- pflegende Haarmaske

Es findet **keine** Schulter-, Nacken- oder Körpermassage statt. Die Behandlung erfolgt vollständig, bekleidet in bequemer Alltagskleidung. Es wird ausschließlich am Kopf an den Haaren und an der Kopfhaut gearbeitet. Die Behandlung ist ein reines Wellness- und Entspannungsangebot und stellt keine medizinische oder therapeutische Maßnahme dar.

Mir sind keine gesundheitlichen Einschränkungen bekannt, die gegen diese Behandlung sprechen. Der/die Jugendliche kann die Behandlung jederzeit abbrechen, wenn Unwohlsein entsteht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r: _____

Unterschrift Jugendliche:r: _____