

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PIERCING

Nachname, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____
Straße : _____
Wohnort : _____
Telefon : _____
e-mail : _____
Körperstelle : _____

Sobald Hinweise auf eine Kontraindikation vorliegen, wird nicht gepierct !

Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinnahme Ja Nein
falls ja: welche Medikamente? _____
welche Dosierung? _____

Konsum v. Kaffee, Energydrinks, etc. (am Behandlungstag) Ja Nein
falls ja: welche Menge? _____

Schwangerschaft Ja Nein

Allergie(n) Ja Nein
falls ja: welche Allergie(n)? _____

Bluter Ja Nein

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Kreislaufprobleme Ja Nein

Herzprobleme Ja Nein

Ich wurde ausführlich über Infektionsgefahr, Risiken, Durchführung, Narbenbildung und eventuell auftretende Komplikationen durch einen Mitarbeiter der Stechomanie aufgeklärt. Weiterhin erhielt ich Hinweise zur Pflege und Nachsorge.

Mir ist klar, dass der Eingriff des Piercens gemäß STGB einen Eingriff in meine körperliche Unversehrtheit darstellt.

Ich entbinde mit meiner Unterschrift das Studio Stechomanie und den ausführenden Mitarbeiter von jeglicher Verantwortung und verzichte auf jegliche rechtliche Ansprüche.

Weiterhin erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich aus freiem Willen an der oben genannten Stelle das Piercing gestochen haben möchte und alle Angaben in der Einverständniserklärung der Wahrheit entsprechen.

Sollte der Piercing-Vorgang durch Eigenverschulden oder auf meinen Wunsch abgebrochen werden müssen, ist die Hälfte des Piercing-Preises zu bezahlen.

Datum

Unterschrift Kunde

Datenschutzerklärung:

Die im Studio ausgehängten Dokumente zum Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift

Datum

Unterschrift Kunde

Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigter des/der Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit dem oben gemachten Behandlungswunsch einverstanden.

Nachname, Vorname : _____

Personalausweis-Nr. : _____

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Datenschutzerklärung:

Die im Studio ausgehängten Dokumente zum Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)