

PERSONALIEN

Vorname | Nachname

Geburtsdatum

Straße | Nummer

E-Mail-Adresse

PLZ | Ort

Aktuell ausgeübte Tätigkeit

Telefonnummer

Personalausweisnummer

INFORMATIONEN ZUR BEHANDLUNG (Vom Studio auszufüllen)

Art | Körperstelle des Piercings

Eingesetzter Schmuck

Datum Behandlung

StudioName | Stempel

Nachsorgetermin

Name des Piercers

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen:

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN NACH DEM STECHEN EINES PIERCINGS:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| • Entzündung (Rötung/Schwellung, Lymphknotenschwellung) | • Infektionen | • Vorübergehendes Taubheitsgefühl |
| • Schmerzen / Missempfindung | • Gewebenekrose | • Dauerhaftes Taubheitsgefühl |
| • Kreislaufprobleme | • Gefäßverletzungen | • Knorpelreizung |
| • Allergien | • Zahnfleischschäden / Parodontose | • Knorpeldeformation |
| • Wundheilungsstörungen | • Zahnverschiebung | • Abstoßreaktion |
| • Wildfleischbildung / Keloid / Bildung von Abszessen | • Zahnschäden | • Thrombose |
| • Blutung / Hämatombildung | • Sprachprobleme | • Embolie |
| • Dauerhafte Narbenbildung | • Nervenverletzung | • Neurologische Ausfälle |

ICH ERKLÄRE MEIN EINVERSTÄNDNIS ZU EINEM PIERCING

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 StGB eine Körperverletzung dar. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu piercenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu piercende Person erklärt sich damit einverstanden, dass der/die Piercer/in bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt:

Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung bezog sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmucks und des Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu fällen. Eine Pflegeanleitung, sowie die benötigten Pflegemittel wurden mir ausgehändigt. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte. Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt. Durch meine Unterschrift unter diese Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu.

Datum ✗

 Unterschrift Kundin/Kunde

Datum ✗

 Unterschrift Kundin/Kunde

Rückseite nicht vergessen!

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte beantworte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen. Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen.

Bist Du schon gepierct? Ja Nein Hast Du Kreislaufprobleme? Ja Nein
Leidest Du an zu hohem / zu niedrigem Blutdruck? Ja Nein
Nimmst Du blutverdünnende Medikamente? Ja Nein
Wenn JA, welche Piercings hast Du bereits? (z.B. Aspirin, ASS, Heparin Plavix, Xarelto etc.)
Hast Du ausreichend gegessen und getrunken? Ja Nein
Treibst Du Sport? Ja Nein Wenn JA, welches, wieviel und wann zuletzt?
Wenn JA, welche Sportarten?
Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn JA, welche?
Hast Du gestern Alkohol zu Dir genommen? Ja Nein Wenn JA, welche?
Wenn JA, wieviel?
Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein
Bist Du Bluter? Ja Nein Wenn JA, welches Mittel wurde weshalb genommen?
Wenn JA, wie hoch ist der INR-Wert?
Wirst Du in der nächsten Zeit operiert? Ja Nein
Wenn JA, warum?
Bist Du Diabetiker/in? Ja Nein
Hast Du Hauterkrankungen? Ja Nein
Sind bei Dir Allergien / Überempfindlichkeiten bekannt? Ja Nein Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle? Ja Nein
Wenn JA, welche?
Wenn JA, welche?
Liegt ein Allergiepass vor? Ja Nein
Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist? Ja Nein
Hast Du bereits Erfahrungen mit Wildfleischbildung gemacht? Ja Nein
Wenn JA, welche?
Wenn JA, wo?
Könntest Du schwanger sein oder planst dies zeitnah? Ja Nein
Hast Du ein Säugling und stillst? Ja Nein
Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant? Ja Nein

KANN DAS PIERCING BEI MIR GEMACHT WERDEN?

Einige Piercings verlangen bestimmte körperliche Voraussetzungen. Diese wurde vom Piercer in einer Voruntersuchung überprüft.

Ist das Piercing anatomisch möglich? (vom Studio auszufüllen) Ja Nein

Wenn NEIN, aus welchem Grund wurde das Piercing abgelehnt?

NÖTIGE UNTERSCHRIFTEN

Alle Meine Fragen rund um mein Wunsch Piercing wurden beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto gemacht wird, welches zur Dokumentation im eigenen Studio, sowie in sozialen Medien (Facebook, Instagram, Homepage) verwendet wird ohne Person bezogenen Daten. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von dem Studio genutzt werden, um mich über Angebote, News, Neuheiten etc. zu informieren. Ja Nein
 Per E-Mail Per Post

Datum Unterschrift Kundin/Kunde

ANMERKUNGEN (wird vom Studio ausgefüllt)

MINDERJÄHRIG?

Bei Minderjährigen muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird die aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Vorname | Nachname | Straße, Nummer (der erziehungsberechtigten Person)

Personalausweisnummer (der erziehungsberechtigten Person)

Datum Unterschrift Piercer/in

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/