

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



DATUM: _____

PERSONALIEN

Name: _____

E-Mail: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Alter: _____

PLZ/Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

WIRD VOM PIERCER AUSGEFÜLLT

Art und Körperstelle des Piercings: _____

Es wird folgender steriler Schmuck eingesetzt: _____

Sterilgut/Validierung: _____

Ist das Piercing anatomisch möglich?

ja nein

Unterschrift Piercer: _____

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen und stellen eine Straftat dar.

Sind Sie bereits Kunde bei uns? ja nein
Sind Sie schon gepierct? ja nein
Wenn ja, welche Piercings haben Sie schon?

>

Traten Probleme auf und welche? ja nein

>

Sind Sie ausgeschlafen? ja nein
Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken? ja nein
Sind Sie Sportler? ja nein
Wenn ja, welche Sportarten:

>

Sind Sie häufig bei der Arbeit/Hobby Dreck, Staub...
Feuchtigkeit ausgesetzt? ja nein
Arbeiten Sie schwer körperlich? ja nein
Müssen Sie bei der Arbeit/Hobby/Schule lange sitzen? ja nein
Haben Sie gestern Alkohol zu sich genommen? ja nein
Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie zu sich genommen?

>

Sind Sie Asthmatiker? Wenn ja, welcher Typ?

>

Haben Sie Hautkrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeitsreaktion
(z. B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex,
Nahrungsmittel, Nickel)? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Haben Sie Wundheilungsstörungen? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen
oder einen Herzschrittmacher? ja nein
Haben Sie Kreislaufprobleme? ja nein
Leiden Sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck?
Wenn ja, wie hoch? ja nein

>

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
(z. B. Aspirin/Marcumar, Heparin, Liquimin o. ä.)?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Gehen Sie in absehbarer Zeit in Urlaub? ja nein
Wenn ja, wann?

>

Sind Sie Bluter? ja nein
Wann ja, wie hoch ist der INR-Wert?

>

Sind Sie Diabetiker? ja nein
Wann ja, wann hatten Sie das letzte Mal Unterzucker?

>

Sind Sie Epileptiker oder haben Sie epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Hatten Sie jemals eine Hepatitis A oder B Infektion?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Leiden Sie unter STD's (Geschlechtskrankheiten)?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Hatten Sie in letzter Zeit fieberhafte Infekte?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Sind Sie schwanger oder planen Sie eine
Schwangerschaft? ja nein
Hatten Sie in letzter Zeit Operationen oder werden
Sie in nächster Zeit operiert? ja nein
Wenn ja, warum?

>

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Haben Sie heute Medikamente zu sich genommen?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Befinden Sie sich zurzeit in Therapie?
Wenn ja, in welcher Therapie befinden Sie sich?
 ja nein

>

Haben Sie einen bestehenden Tetanus-Schutz?
 ja nein

>

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Unterschrift Kunde

Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen,
chronische Krankheiten oder starker Medikamentenkonsum
können zur Ablehnung des Piercings führen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zum Anbringen eines Piercings zwischen dem vorne genannten Kunden und

MYSTIC TATTOO KARLSRUHE, PASSAGEHOF 12, 76133 KARLSRUHE

Das Anbringen einer Piercings stellt laut §224 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 im Sinne des § StGB damit einverstanden, dass der/die Piercer/in bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt.

Ich habe dieses Studio beauftragt, an der folgenden Stelle meines Körpers Schmuck durch Body-Piercing anzubringen:

Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und ich/wir vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde/wurden. Diese Aufklärung bezog sich auf die mit dem Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung, der Anbringung des Schmucks und des Piercingvorganges. Ich wurde über die Tatsache aufgeklärt, dass das Piercen mit Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu fällen. Ich habe mich davon überzeugt, dass die zur Durchführung des Piercingsvorganges notwendigen Instrumente steril sind. Es ist mir auch bewusst, dass es trotz dieses Umstandes zu Komplikationen kommen kann. Über diese Komplikationen wurde ich ausreichend aufgeklärt. 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. Der Heilungserfolg des Piercings hängt in erster Linie von der eigenen Nachbehandlung ab. Das ausführende Studio steht dem Kunden bei Fragen oder Problemen zur Verfügung. Ich verpflichte mich, die notwendigen Nachsorgetermine einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise meines Piercers und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann. Ich weiß dass mein Piercer kein Arzt oder Heilpraktiker ist.

KOMPLIKATIONEN

Ja, ich wurde darüber aufgeklärt, dass es trotz steriler Arbeitsweise zu Komplikationen kommen kann.

Mögliche Komplikationen: Nachblutungen, Kreislaufstörungen, Rötung, Allergie, Entzündung, Infektion, Nekrose, Zahnschädigung, Herauswachsen, Granulome, eitrige Infektion, Bluterguss, Blutvergiftung, Schmerzen, Lymphgefäßentzündung, Verletzung der Blutgefäße, Knorpeldeformierung, Verletzung der Nervenenden, Schwellungen, Wundheilungsstörungen/Keloide, Dauerhafte Narbenbildung, Schädigung des Zahnfleisches, Zahnverschiebungen, Flüssigkeitsansammlungen, vorübergehende/dauerhafte Taubheitsgefühle, Lymphknotenschwellungen.

Sollten Komplikationen auftreten, wenden Sie sich bitte sofort an das ausführende Piercingstudio oder einen niedergelassenen Arzt.

Datum/Unterschrift Kunde: _____

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Überprüft _____

Bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich, dass ich der Erziehungsberechtigte der oben genannten Person bin und dem Eingriff zustimme.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Überprüft _____

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Werbung
- Internet
- Empfehlung von Freunden
- Sonstiges

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto gemacht wird, welches zur Dokumentation im eigenen Studio verwendet wird. Ja nein

Unterschrift Kunde

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

ANMERKUNGEN (wird vom Studio ausgefüllt)

PASSAGENHOF 12 // 76133 KARLSRUHE
MO-FR: 14.00-20.00 UHR // SA: 12.00-16.00 UHR
TEL.: 0721-205811 // OFFICE@MYSTICTATTOO.DE
WWW.MYSTICTATTOO.DE