

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.

Wir werden von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen machen.
Hiermit willigt der Kunde/in ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1 EU DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außerdarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden.

Einwilligung Datenerhebung gemäß der DSGVO

Wir erheben in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten, damit wir entscheiden können ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU DSGVO). Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden - da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist - bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt

Datum, Unterschrift Kunde

ANMERKUNGEN (wird vom Studio ausgefüllt)

PASSAGEHOF 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

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

> _____

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Unterschrift Kunde

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, Knorpelreizung, Sprachprobleme, Abstoßreaktion, Thrombose, Embolie, Neurologische Ausfälle, Wildfleischbildung, Bildung von Abszessen.

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

Datum/Unterschrift Kunde: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

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: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

Überprüft _____

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

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? ja nein
Wenn ja, welche?

> _____

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

> _____

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

> _____

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

> _____

Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein
Stillen Sie? 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? ja nein
Wenn ja, welche?

> _____

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

> _____

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

> _____

Nehmen Sie Antibiotika? ja nein

> _____

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

> _____

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