

Einverständniserklärung

Vorname:

Nachname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Ausweisnummer:

Beruf:



Durchstich

Woher kennst du das Studio?

Wo möchtest du gepierct werden?

Wird von der Piercerin ausgefüllt:

Name des gewünschten Piercings:

sterriler Erstschnuckeinsatz:

S: _____

L: _____

K: _____

Bitte beantworten sie die folgenden Fragen

wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen und stellen eine Straftat dar.

Sind Sie ausgeschlafen und fühlen sich fit?

Haben Sie in den letzten 2 Stunden ausreichend gegessen und getrunken?

Sind Sie Sportler? Wenn Ja, welche Sportart?

Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen zu sich genommen?

Haben Sie Kreislaufprobleme?

Haben Sie eine Krankheit? Wenn Ja, welche?

Haben Sie Wundheilungsstörungen?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

(z.B. Aspirin/Marcumar, Heparin, Liquimin o. ä.)?

Haben Sie Allergien? Wenn Ja, welche?

Sind Sie schwanger?

Haben Sie die nächste Zeit eine geplante Operation? Wenn Ja, welche?

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

Bei **Nichtbeachten** der **Pflegeanleitung** können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von **Komplikationen** nach dem Piercing stechen ist auf jedenfall zuerst die zuständige Piercerin zu kontaktieren und in Notfällen einen Arzt aufzusuchen. Von einer selbständigen Entfernung des Piercings wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen der gepiercten Stelle führen kann. Die Entfernung und Auswechslung des Piercings sollte durch ihren Piercer/in erfolgen.

Mit meiner Unterschrift wird bestätigt, dass:

- Ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach genügend Bedenkzeit damit einverstanden bin, dass an meinem Körper ein Piercing angebracht wird.
- Ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung/Risiken/Pflege des Piercings aufgeklärt wurde und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegevorschriften ausgehändigt wurde.
- Ich verstehe, dass es trotz professioneller Durchführung und Beachtung der Pflegevorschriften zu Infektionen und anderen Beschwerden kommen kann.
- Ich bestätige, die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben und alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Für eventl. Falschangaben auch mangels Unwissen, haftet der durchführende nicht.
- Ich zudem aufgeklärt wurde, dass das Piercen laut Gesetz zur Körperverletzung zählt und ich diesem Eingriff eigenverantwortlich zustimme.
- Ich akzeptiere, dass das Studio Durchstich Wzbg keinerlei Haftung für das Piercen und den Heilungsprozess übernimmt und werde keine rechtlichen Schritte gegen sie geltend machen.
- Ich der Veröffentlichung eines Fotos/Video und Abtretung der Bild/Video und Tonrechte unwiderruflich unentgeltlich zustimme: Ich*s.o.,stimmezu, dass meine Daten:Name, Geburtsdatum, Adresse, Email, Social Media Namen, Legitimationsdaten, Telefonnummer, Dokumentation der Behandlungen, Kontraindikationen zur Zweckdurchführungen von Behandlungen, Kontaktpflege, Zusendung von Werbematerial über die Produkte und Serviceleistungen, Erinnerungen, Terminauswertungen, Datenevaluierungen von Durchstich Wzbg, verarbeitet und für 30 Jahre gespeichert werden.

Datum/Ort

Unterschrift

Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten:

Hiermit bestätige ich, die obenstehenden Ausführungen gelesen und verstanden zu haben.

Als der gesetzliche Erziehungsberechtigte(r) des/der Minderjährigen, erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme des Piercings einverstanden, stimme der genannten Datenverarbeitung von meinen Daten und denen meines Kinder s.o. vollständig zu und erteile meinem Kind ausdrücklich die Vollmacht auch darüber zu entscheiden ob es der Übertragung der Video-/ Ton- und Bildrechte im Internet / Social Media laut separater Einwilligungserklärung zustimmt.

Vorname:

Nachname:

Legitimation geprüft durch Ausweis:

Datum/Ort

Unterschrift