

# PIERCING - EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Stelle: \_\_\_\_\_ Schmucktyp: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname:	
Geboren am:	
Wohnhaft in: (Plz, Wohnort)	
Volljährig: (Nicht zutreffendes ankreuzen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Das Piercing darf nur vorgenommen werden, wenn keine Hinweise auf eine dem Piercing entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Deshalb ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der folgenden Fragen eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung.

**Zutreffendes bitte Ankreuzen:**

	JA	Nein
<b>1. Krankheiten:</b>		
Hepatitis		
HIV-Infektion (AIDS)		
Bluterkrankungen		
Sonstige Krankheiten		
<b>2. Allergien</b>		
Desinfektionsmittel		
Latex		
Nickel		
<b>3. Gesundheit &amp; Wohlbefinden</b>		
Ohnmacht- & Schwindelanfälle		
Herzprobleme		
Liegt eine Schwangerschaft vor?		
Stehen sie unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder anderen Medikamenten? (Wenn ja, welche, auf der nächsten Seite angeben)		

Sollten Sie unter Einfluss von Medikamenten stehen oder an sonstigen Erkrankungen leiden, um welche Medikamente oder Erkrankungen handelt es sich?

### Hinweis für den Kunden:

Bei Nichtbeachten der Pflegeanleitung können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von Komplikationen bitte den Piercer aufsuchen. Von einer selbstständigen Entfernung des Piercings wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen führen kann. Die Entfernung und Auswechslung des Piercings sollte ausschließlich durch einen gewerblich befugten Piercer erfolgen.

### Mit meiner Unterschrift wird weiter zu obigen bestätigt, dass:

- Ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und damit einverstanden bin, dass an meinem Körper ein Piercing eingesetzt wird.
- Ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung / Risiken / Pflege des Piercings aufgeklärt wurde, sowie eine schriftliche Pflegeanleitung erhalten habe (Verfügbar auf [WWW.DEVILS-ARTS.DE](http://WWW.DEVILS-ARTS.DE) ).
- Ich verstehe, dass es trotz professioneller Durchführung und Beachtung der Pflegevorschriften sowie Hygieneverordnung bei **jedem** Piercing zu Infektionen und anderen Beschwerden kommen kann.
- Ich bestätige, die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben und dass alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind.
- Ich zudem aufgeklärt wurde, dass das Piercen laut Gesetz als Körperverletzung gilt, schmerzhaft sein kann und ich diesem Eingriff zustimme.
- Ich mir im Klaren darüber bin, dass ein Piercing je nach Körperstelle nach einer Zeit herauswachsen könnte und dabei eine Narbe hinterlassen kann.
- Ich damit einverstanden bin, dass das fertige Piercing fotografiert und das Foto davon veröffentlicht werden könnte, auch wenn ich darauf zu erkennen bin.
- Mit meiner Unterschrift entbinde ich außerdem den Piercer von jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen meinerseits.

Datum:

Unterschrift

(Zu behandelnde Person)

## Bei Minderjährigen auszufüllen:

### Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten

Hiermit bestätige ich, die oben stehenden Ausführungen gelesen und verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigte(r) des/der Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit der Durchführung des Piercings einverstanden.

Vorname; Nachname:	
Legitimation durch Ausweis geprüft: (von uns zu unterschreiben)	
Datum:	Unterschrift: (Erziehungsberechtigte Person)

(Bitte unbedingt eine Personalausweiskopie und falls Sie zum Termin nicht dabei sind, eine Telefonnummer unter der wir Sie erreichen können beifügen)

# DEVILS ARTS

## BODY MODIFICATION