



Einverständniserklärung (Haftungsausschluss)
für die Durchführung eines Piercingeingriffs

Datum: _____

Piercer: _____

Angaben zur Person:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / PLZ, Ort: _____

Telefon : _____

E-Mail: _____

Durch meinen Personalausweis bestätige ich, dass ich volljährig bin.

Personalausweisnr. : _____

Momentan habe ich keinerlei Drogen, Alkohol oder Medikamente konsumiert.

Andere Gründe, welche meine natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen, liegen nicht vor.

Mir wurde erklärt, dass der Vorgang des Piercens eine Körperverletzung darstellt. Mein Piercer nimmt bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an meinem Körper vor.

Ich weiß, dass dieser Eingriff meinen Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einverständniserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung.

Zu meinem Gesundheitszustand:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falsche Angaben können zu gesundheitlichen Risiken führen.

Waren Sie bereits Kunde bei uns?

ja nein

Wenn nicht, wo waren Sie vorher und warum sind Sie dort nichtmehr?

Traten bereits Probleme mit vorherigen Piercings auf? ja nein
Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport? ja nein
Wenn ja, welche Sportarten?

Haben Sie gestern Alkohol getrunken? ja nein
Wenn ja, wie viel Alkohol haben sie zu sich genommen?

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

Haben Sie Hauterkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen oder
tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie Kreislaufprobleme? ja nein

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? ja nein

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? ja nein

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

Sind Sie Bluter? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Sind Sie Epileptiker? ja nein

Sind Sie Asthmatiker? ja nein

Haben Sie eine Hepatitis C, HIV, TbV Infektion?
Wenn ja, welche? ja nein

Könnten Sie Schwanger sein? ja nein

Planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Befinden Sie sich in Stillzeit? ja nein

Ich bestätige, dass ich nicht an COVID-19 erkrankt bin & auch keine Symptome habe ja nein

Symptome habe!!!

Haben Sie in den letzten 2 Wochen eine
Antibiotikatherapie gemacht?
Wenn ja, welche Medikamente nahmen Sie?

ja nein

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich erkläre mein Einverständnis zu einem professionellen Piercing.

(wird vom Piercer ausgefüllt)

Platzierung des Piercings:

Schmuck: _____ Material: _____ Maße: _____

Ich wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über alle Risiken des bei mir vorzunehmenden Piercings informiert. Alle meine Fragen bezüglich des Piercings wurden ausführlich beantwortet. Eine schriftliche Pflegeanweisung wurde mir ausgehändigt und die Pflege detailliert mit mir besprochen.

Eine Notrufnummer unter der ich bei Problemen oder Fragen ausserhalb der Öffnungszeiten meines Piercingstudios jederzeit einen Ansprechpartner erreiche, habe ich erhalten. Diese befindet sich auf der Pflegeanleitung, welche mir ausgehändigt wurde.

Ich habe verstanden, welche Auswirkungen der Piercingschmuck auf meinen Körper haben kann und dass der Piercer kein Arzt oder Heilpraktiker ist.

Ich verpflichte mich, den notwendigen Nachsorgetermine, die mein Piercer mit mir vereinbart, einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise meines Piercers und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann.

Folgende Risiken können bei meinem Piercing auftreten:

(wird vom Piercer ausgefüllt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsansammlungen |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Dauerhafte Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Blutvergiftung / Sepsis | <input type="checkbox"/> Vorübergehende Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Gewebenekrosen | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen |
| <input type="checkbox"/> Gewebewucherungen | <input type="checkbox"/> Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> Gefäßverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Dauerhafte Narbenbildung | <input type="checkbox"/> Schädigung des Zahnfleisches |
| <input type="checkbox"/> Zahnschäden | <input type="checkbox"/> Knorpeldeformationen |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme |

Abstoßreaktionen

Wenn ich eine der aufgeführten Veränderungen bei meinem Piercing bemerke, werde ich mich sofort mit meinem Piercingstudio in Verbindung setzen oder einen Arzt aufsuchen.

Nachdem alle Fragen rund um mein Piercing beantwortet und mir der Vorgang ausdrücklich erklärt wurde, stimme ich dem professionellen Piercing durch meine Unterschrift zu.

Durch meine Unterschrift erteile ich ausdrücklich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Piercing, einschließlich der erforderlichen Voruntersuchung und Nebeneingriffen. Ich hatte ausreichend Zeit meine Entscheidung zu treffen.

Datum: _____ Unterschrift Kunde: _____

Unterschrift Piercer: _____

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Noch etwas in eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Werbung Internet Facebook

Ich bin mit der Veröffentlichung eines Bildes meines Piercings (ohne Gesichtserkennung) auf Facebook und auf der Cult-Homepage einverstanden.

ja nein

Raum für Validierung bzw. Sterilgutetiketten