

Einverständniserklärung Piercen

Name: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

e-mail: _____

Das Body-Piecing darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine dem Piercen entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Piercings.

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

	Anmerkung:
Hämophilie (Bluterkrankheit) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Hepatitis A,B,C,D,E,F <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
HIV-Infektion <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Ekzeme <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Allergien (wenn ja, welche?) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Angeborene Immundefizienzerkrankungen (wenn ja, welche?) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente, z.B. nach Organtransplantationen) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Autoimmunerkrankungen <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Blutverdünnungstherapie <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Geschlechtskrankheiten <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
akuter fieberhafter Infekt <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
andere chronische oder akute Erkrankungen <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
stehen Sie unter Drogen oder Alkoholeinfluss <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____
Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____

Bei Nichtbeachten der Pflegeempfehlung können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von Komplikationen nach dem erfolgten Piercingvorgang ist jedenfalls ein Arzt aufzusuchen.

Von einer selbständigen Entfernung des Piercing-Schmuckstückes wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen der betroffenen Körperstelle führen kann. Die Entfernung des Piercing-Schmuckstückes sollte ausschließlich durch eine(n) gewerblich befugte(n) Piercer(in) erfolgen, da diese(r) über die notwendigen Instrumente verfügt. Eine Wiederanbringung des Schmuckstückes nach der Entfernung ist nicht mehr möglich. Sollte dies trotzdem versucht werden, so sind Verletzungen und Entzündungen an der betroffenen Körperstelle zu erwarten.

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!

Ich bin damit Einverstanden, dass an meinem Körper ein „Body-Piercing“ angebracht wird.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Piercings aufgeklärt und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegevorschriften ausgehändigt wurde.

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständliche beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Ich bestätige weiter, dass ich eine Ablichtung bzw. Zweitschrift dieser Einverständniserklärung und eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Stoffe erhalten habe.

Ich bin darüber informiert worden, dass beim Permanent Make-up oder bei Piercings bei für viele medizinische Behandlungen erforderliche Magnetresonananzuntersuchungen in den kommenden Jahren Reaktionen möglich sind. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Magnetresonananzuntersuchungen aufgrund vorhandenen Permanent Make-up´s oder Piercings überhaupt nicht mehr durchgeführt werden können.

Für körperliche, physische oder psychische Folgeschäden wir keine Haftung übernehmen.

_____	_____
Unterschrift	Datum

Lichtbildausweis vorzeigen

Einverständniserklärung der 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 Vornahme eines Body-Piercings einverstanden.

_____	_____
Unterschrift	Datum

Lichtbildausweis vorzeigen