



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PIERCING

Name:	Vorname:
Straße, Wohnort:	
Geburtsdatum und -ort:	
Ausweisnummer:	
Telefonnummer:	E-Mail:

An folgender Stelle möchte ich mich piercen lassen: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich mich freiwillig piercen lasse.

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich nicht unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss stehe.

Um dich optimal beraten zu können, beantworte bitte folgende Fragen. Die Antworten werden natürlich streng vertraulich behandelt und keinem Dritten zugänglich gemacht.	
Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet und bin mündig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In meinem Beruf komme ich Staub/Schmutz in Kontakt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Diabetiker.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Bluter / Ich neige durch Medikamente zu starken Blutungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Allergiker (wenn ja, gegenüber: _____)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin bereits gepierct.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich leide unter Wundheilungsstörung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin schwanger.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich leide unter Kreislaufproblemen / Ohnmachtsanfällen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe Asthma.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe Epilepsie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe akute Erkrankungen (HIV, Hepatitis, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich nehme dauerhaft oder zeitlich begrenzt Medikamente. (_____)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen angeborenen Herzfehler.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und weiß, dass der Eingriff mit nicht unerheblichen Schmerzen verbunden ist. Ich bin darüber informiert, dass es trotz sorgfältiger Durchführung zu Infektionen oder allergischen Reaktionen kommen kann. Ich weiß, dass der Eingriff tatbestandlich die Voraussetzung der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllt (§223 StGB). Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich in diese Körperverletzung einwillige (§228 StGB). Der von mir beauftragte Piercer ist berechtigt, zur Durchführung des Piercings einen Eingriff an meinem Körper vorzunehmen.

Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art gegen das ausführende Studio sowie dessen Lieferanten geltend machen werde.

Die Informationen zur Hygiene nach dem Piercen wurden mir ausgehändigt und von mir beachtet.

Datum: _____

Unterschrift: _____