

Einwilligungserklärung für Piercings

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass der körperliche Eingriff aus freiem Willen geschieht und ich über 18 Jahre alt bin.

Ich bin zwischen 14 und 18 Jahre alt und bin mit meinem Erziehungsberechtigten zum Termin erschienen (Unterschrift der Erziehungsberechtigten).

Ich stehe nicht unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss. Die Angaben über meinen Gesundheitszustand entsprechen der Wahrheit.

Ich bin darüber informiert, dass es trotz sorgfältiger Durchführung und Verwendung hochwertiger, steriler Materialien unter Umständen zu Nebenwirkungen wie Infektionen, allergischen Reaktionen bzw. Kreislaufstörungen kommen kann.

Mit einem Formular wurde ich über die Nachbehandlung und Pflege meines Piercings aufgeklärt. Bei äusserst ungünstigem Heilungsverlauf oder bei unsachgemässer bzw. ungenügender Pflege der gepiercten Stelle kann es zu Entzündungen, Schwellungen und Blutungen kommen. Bei Unklarheiten halte ich Rücksprache mit meinem Piercer.

Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadenersatzansprüche jeglicher Art gegen die ausführenden Piercer, das Studio oder dessen Lieferanten geltend machen kann.

SkinArt FiPa übernimmt keine Haftung oder Verantwortung bezüglich der Auswahl des Piercings.

Zum Zeitpunkt des Piercings bin ich in psychisch und physisch guter Verfassung.

Frau

Nachname _____

Strasse _____

Mobile _____

Geburtsdatum _____

Piercing-Stelle: _____

Herr

Vorname _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Unterschrift der Eltern:

(zwingend notwendig bei unter 18-jährigen) _____

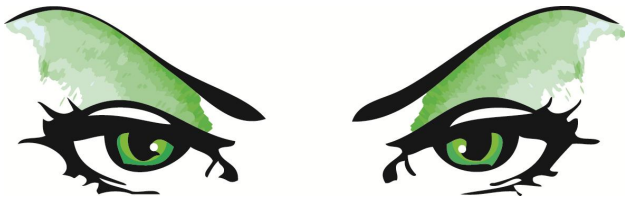
Pass- oder ID-Kopie der Eltern:

Ja

Nein

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____



Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Die Angaben über meinen Gesundheitszustand entsprechen der Wahrheit.

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bist du Schwanger | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| In der Stillzeit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stehst du unter Drogen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stehst du unter Alkohol? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nimmst du Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutverdünner, Immunsystemunterdrücker, Aspirin... | | |
| Wenn ja, welche: | _____ | |
| Leidest du unter einer Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis..)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche: | _____ | |
| Leidest du unter einer Blut- oder Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du unter Epilepsie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du unter einer Allergie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche: | _____ | |
| Leidest du unter einer Herz-oder Kreislauferkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bei folgenden Gesundheitszuständen wird keine Behandlung vorgenommen:

- Herz- / Kreislauf-Probleme
- Chronische Hautkrankheiten
- Gewisse Infektionskrankheiten, die durch das Blut übertragen werden können
(z.B. Hepatitis, AIDS)
- Schwangerschaft oder Stillzeit

Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____