

## Einverständnis-Erklärung BODY-PIERCING

Name : \_\_\_\_\_  
Strasse : \_\_\_\_\_  
Geb.Dat. : \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. (P) : \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_  
PLZ/ORT : \_\_\_\_\_  
Ausweis-Nr. : \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. (G) : \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich BEAUTYSTYLE-PIERCING bei mir ein-\_\_\_\_\_ Piercing unter Befolgung der üblichen Vorsichts- und Hygienemassnahmen und unter Verwendung von nur hochwertigem Material (Titan) anzubringen.

Ich bin mir bewusst, dass das Piercen ein Eingriff ist, der auch danach Pflege und Nachbehandlung mit Antiseptikum bedarf. Eine Infektion ist jedoch nie auszuschliessen und bedarf deshalb der ständigen Selbstkontrolle. Es ist auch möglich, dass das Piercing rauswächst. Für diesen Fall übernimmt Beautystyle-Piercing keinerlei Garantie.

Sollten trotzdem irgendwelche Komplikationen bei der Heilung auftreten, werde ich mich umgehend bei BEAUTYSTYLE-PIERCING orientieren lassen. Sollte ich ein Arzt konsultieren, werde ich dies auf eigene Rechnung machen.

Für einen derartigen Fall entlaste ich obige Firma und Ihre Vorlieferanten aller rechtlichen Ansprüche. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden. Wichtige Informationen über Pflege und Komplikationen habe ich erhalten.

Fragen zu meinem Allgemeinzustand:

1. Fühlst Du Dich zurzeit gesund? Grippale Symptome?  Ja  Nein
2. Leidest Du unter chronischen, Erkrankungen oder Infektions-Erkrankungen? (Asthma, Epilepsie, Diabetes, HIV, Hepatitis, Herz-/Kreislauf-Probleme)  Ja  Nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Muttermale, Haut- und Schleimhaut-Deformationen?  Ja  Nein Wenn Ja welche, wo? \_\_\_\_\_
4. Hast Du Allergien/ Kontaktallergien  Ja  Nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Nimmst Du Medikamente?  Ja  Nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Drogen und Alkohol?  Ja  Nein
7. Hattest du in der letzten Zeit Operationen?  Ja  Nein Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_
8. Schwangerschaft/Stillzeit?  Ja  Nein
9. Wünschst Du eine lokale Anästhesie (Betäubung)?  Ja  Nein

10. Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern: (zwingend notwendig bei Minderjährigen) \_\_\_\_\_