



Nail Cosmetics & Handreflexzonen-Massage

EINVERSTÄNDNIS-ERKLÄRUNG

medizinisches OHRENLOCHSTECHEN

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir ein Ohrenpiercing auf meinen eigenen Wunsch hin unter hygienischen Bedingungen mit einem sterilen (Titan)- Ohrenerstling gestochen wird.

Ich wurde sowohl mündlich als auch schriftlich über die sachgerechte Pflege des neu gestochenen Ohrenpiercing von Beautystyle informiert.

Ich akzeptiere und befolge die Pflegeanleitung und Vorsichtsmassnahmen um Infektionen, Entzündungen oder ähnlichem zu vermeiden. Für einen solchen Fall verzichte ich auf etwaige Ansprüche gegen den Hersteller, den Vertreiber oder den Verkäufer einschliesslich seines Hilfspersonals. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.Dat.: _____

E-Mail: _____

Tel.Nr. (P): _____

Tel.Nr. (G): _____

Natel: _____

1. Fühlst Du Dich zurzeit gesund? Grippale Symptome? Ja Nein
2. Leidest Du unter schweren, chronischen oder Infektionserkrankungen?
(Asthma, Epilepsie, Diabetes, Herz-/Kreislaufprobleme, HIV, Hepatitis)
- Ja Nein Wenn Ja, welche _____
3. Hautdeformationen (Muttermale)? Ja Nein Wenn Ja, welche _____
4. Hast Du Allergien? Ja Nein Wenn Ja, welche _____
5. Nimmst Du Medikamente? Ja Nein Wenn Ja, welche _____
6. Hattest Du in der letzten Zeit Operationen? Ja Nein Wenn Ja, welche _____
7. Schwangerschaft/ Stillzeit? Ja Nein

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift der Eltern: (zwingend notwendig bei Minderjährigen) _____