

Einverständnis-Erklärung Hautanker

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG Hautanker/DermalAnchor/Microdermal

Name : _____ **Vorname :** _____
Strasse : _____ **PLZ/ORT :** _____
Geb. Dat. : _____ **Ausweis-Nr. :** _____
Tel.Nr. (P) : _____ **Tel.Nr. (G) :** _____
E-Mail : _____

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

Ich bin mir bewusst, dass das Stechen eines Hautankers ein Eingriff ist, der auch danach Pflege und Nachbehandlung mit Antisepticum bedarf. Eine Infektion ist jedoch nie auszuschliessen und bedarf deshalb der ständigen Selbstkontrolle. Es ist auch möglich, dass der Hautanker 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? Ja Nein
2. Leidest Du unter chronischen, schweren 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? 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

Ort und Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Unterschrift der Eltern: (zwingend notwendig bei Minderjährigen) _____