Angaben zur Person

Vorname: _____ Piercing: _____
Nachname: _____
Straße: _____
Wohnort: _____ Preis: _____
Geburtsdatum: _____
Personalausweis-Nr.: _____

Sind Ihnen folgende Krankheiten bekannt? ja nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? _____
Haben Sie Aids? _____
Haben Sie Hepatitis A oder B? _____
Haben Sie Erkrankungen der Leber? _____
Haben Sie Erkrankungen der Nieren? _____
Haben Sie Diabetis? _____
Haben Sie Blutdruckprobleme? _____
Haben Sie Herzbeschwerden? _____
Sind Sie schwanger? _____
Haben Sie Allergien gegen - Chrom / Nickel? _____
- Gold / Kupfer? _____

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich vor meiner Behandlung am _____ durch das Studio umfassend über die möglichen gesundheitlichen Risiken einer Piercingbehandlung unterrichtet worden bin. Diese Unterrichtung erfolgte durch ein ausführliches Gespräch mit dem Piercer. Ich nehme die angesprochenen Risiken eigenverantwortlich in Kauf.
Ich habe mich überzeugt, dass der Piercer gemäß der Landesverordnung zur Verhütung von Blutkontaktinfektionen das Piercing anbringen wird. Dies beinhaltet, dass Einweginstrumente benutzt werden und der Schmuck sterilisiert wurde.
Ich versichere, dass die oben aufgeführten Angaben wahrheitsgemäß und keine Vorerkrankungen bekannt sind. Insoweit wird das Studio keinerlei Haftung, auch für fahrlässig unrichtig gemachte Angaben meinerseits, übernehmen. Darüber hinaus wurden mir ausdrücklich Nachbehandlungshinweise gegeben, deren Nichtbeachtung ebenfalls zum sofortigen Haftungsausschluss führen. Es wird hiermit darauf hingewiesen, dass auch bei gesunden Kunden und sachgemäßer Pflege, Entzündungen auftreten können. Der Kunde wünscht dessen ungeachtet das Piercing und stellt den Piercer von einer Haftung unter schadenersatz- und schmerzensgeldrechtlichen Gesichtspunkten frei. Der Piercer haftet lediglich für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Insbesondere übernimmt der Piercer keine Haftung für jegliches Anbringen von Körperschmuck.

Elterliche Zusatzerklärung

Insoweit erkläre ich als erziehungsberechtigtes Elternteil, dass ich im gleichen Umfang wie bereits oben aufgeführt, aufgeklärt wurde und gebe hiermit meine Zustimmung zur geplanten Behandlung. Darüber hinaus erkläre ich, dass auch ich darauf achten werde, dass mein Sohn / meine Tochter die erforderlichen Nachbehandlungshinweise beachtet.

Erziehungsberechtigter

Name: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Personalausweis-Nr.: _____

Gütersloh, _____
Datum, Unterschrift

Kunde

Name: _____
Straße: _____
Wohnort: _____

Gütersloh, _____
Datum, Unterschrift

*Personalausweis mitbringen