

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

PIERCING KUNDENAUFKLÄRUNG & BERATUNG

PERSONALIEN

Vorname _____ Nachname _____

Straße, Haus-Nummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

INFORMATIONEN ZUR BEHANDLUNG (Vom Studio auszufüllen)

Art // Körperstelle des Piercings _____

Datum der Behandlung // Eingesetzter Schmuck _____

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen!

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN NACH DEM STECHEN EINES PIERCINGS:

- Entzündung (Rötung/Schwellung, Lymphknotenschwellung)
- Schmerzen / Missempfindung
- Kreislaufprobleme
- Allergien
- Wundheilungsstörungen
- Wildfleischbildung/ Keloid/ Bildung von Abszessen
- Blutung/ Hämatombildung
- Dauerhafte Narbenbildung
- Infektionen
- Gewebenekrose
- Gefäßverletzungen
- Vorübergehendes Taubheitsgefühl
- Dauerhaftes Taubheitsgefühl
- Knorpelreizung
- Zahnfleischschäden/ Parodontose
- Knorpeldeformation
- Zahnverschiebung
- Zahnschäden
- Sprachprobleme
- Nervenverletzung
- Abstoßreaktion
- Thrombose
- Embolie
- Neurologische Ausfälle

ICH ERKLÄRE MEIN EINVERSTÄNDNIS ZU EINEM PIERCING

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 StGB eine Körperverletzung dar. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu piercenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu piercende Person erklärt sich damit einverstanden, dass die Piercerin bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt: **Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde.**

Diese Aufklärung bezog sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmucks und

des Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu fällen. Eine Pflegeanleitung, sowie die benötigten Pflegemittel wurden mir ausgehändigt. **Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte.** Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt. Durch meine Unterschrift unter diese Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu.

_____ X
Datum Unterschrift Kundin/Kunde

_____ X
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

DATENSCHUTZERKLÄRUNG / DATENERFASSUNG

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten: Bei der Vertragsunterzeichnung erheben und verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten soweit dies zur Erfüllung des Auftrages erforderlich ist. Dazu sind wir verpflichtet. Die Bereitstellung der Daten ist für den Vertragsschluss erforderlich. Eine Nichtbereitstellung hat zur Folge, dass kein Vertrag geschlossen werden kann. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO und ist für die Erfüllung eines Vertrags mit Ihnen erforderlich.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung erfolgt nicht. Eine Fotokopie (oder digitales Foto) des Personalausweises des Kunden und/oder der Erziehungsberechtigten dient zum Nachweis der Rechtsgrundlage nach §223 Abs. 1 StGB. Ihre Daten werden für 10 Jahre gespeichert. Nach Ablauf der 10 Jahre werden die Daten vernichtet. **Mit meiner 2. Unterschrift bestätige ich diese Regelung anzuerkennen.**

_____ X
Datum 2. Unterschrift Kundin/Kunde

_____ X
Datum 2. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

☐ Volljährig
☐ Minderjährig

Geburtsdatum _____ Alter _____

E-Mail-Adresse _____

Personalausweisnummer Kunde / Kundin _____

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter) _____

Straße, Haus-Nr., PLZ (Erziehungsberechtigter) _____

Personalausweisnummer (Erziehungsberechtigter) _____

Art // Körperstelle des Piercings _____

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte beantworte die folgenden Fragen **wahrheitsgemäß**. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen.

Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen.

Seite 2/2

Bist Du schon gepierct? ☐ Ja ☐ Nein
Traten dabei Probleme auf? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welche Probleme? ☐ Ja ☐ Nein

Hast Du ausreichend gegessen und getrunken? ☐ Ja ☐ Nein
Treibst Du Sport? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du gestern Alkohol zu Dir genommen? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, wieviel?

Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung? ☐ Ja ☐ Nein
Bist Du **Bluter**? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, wie hoch ist der INR-Wert? ☐ Ja ☐ Nein

Bist Du Diabetiker/in? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du Hauterkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Sind bei Dir Allergien / Überempfindlichkeiten bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welche?

Liegt ein Allergiepass vor? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du bereits Erfahrungen mit Wildfleischbildung gemacht? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, wo?

NÖTIGE UNTERSCHRIFTEN

Alle meine Fragen rund um mein Wunsch-Piercing wurden beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto gemacht wird, welches zur internen Dokumentation im eigenen Studio verwendet wird.

☐ Ja ☐ Nein

Hast Du Kreislaufprobleme? ☐ Ja ☐ Nein
Leidest Du an zu hohem / zu niedrigem Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein
Nimmst Du blutverdünnende Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

(z.B. Aspirin, ASS, Heparin Plavix, Xarelto etc.)

▲ Wenn **JA**, welches, wieviel und wann zuletzt?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welche?

Hast Du in den letzten 2 Wochen Antibiotika einnehmen müssen? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welches Mittel wurde weshalb genommen?

Wirst Du in der **nächsten Zeit operiert**? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, warum?

Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welche?

Hast Du eine **Hepatitis C., HIV, TbV Infektion**? ☐ Ja ☐ Nein

▲ Wenn **JA**, welche?
Leidest Du unter STD's (Geschlechtskrankheiten)? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, welche?

Könntest Du **schwanger sein** oder planst dies zeitnah? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du einen Säugling und stillst? ☐ Ja ☐ Nein
Hast Du in nächster Zeit einen **Urlaub geplant**? ☐ Ja ☐ Nein
▲ Wenn **JA**, wohin (Wichtig: Salzwasser, UV-Strahlung usw.)

Datum

X

Unterschrift Kundin/Kunde

Datum

X

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Piercings für Frauen

schmuckstich