**Einwilligungserklärung für ein Piercing**

\*Vorname/ Nachname :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Email Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Telefonnummer :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Geburtstag/Alter :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Adresse/ Wohnort :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Piercingstelle :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insta oder Facebook :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Auf Weiterempfehlung von ( Name der Person ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Gesundheitliche FragenZutreffendes bitte wahrheitsgetreu ankreuzen |
| Hämophilie ( Blutkrankheit) | O Ja | O Nein |
| Diabetes ( Zuckerkrankheit ) | O Ja | O Nein |
| Hepatitis A B C | O Ja | O Nein |
| HIV Positiv | O Ja | O Nein |
| Hauterkrankungen ( Pilz, Schuppenflechte, Neurodermitis, Wundrose, Blasen) | O Ja | O Nein |
| Allergien ( Schmuck, Desinfektionsmittel, Latex) | O Ja | O Nein |
| Geschlechtskrankheiten | O Ja | O Nein |
| Epilepsie | O Ja | O Nein |
| Akute Herz- Kreislaufprobleme | O Ja | O Nein |
| Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung | O Ja | O Nein |
| Bestehet eine Schwangerschaft oder Stillzeit | O Ja | O Nein |
| Stehen Sie unter Alkoholeinfluss | O Ja | O Nein |
| Stehen Sie unter Drogeneinfluss | O Ja | O Nein |

**Die obenstehenden Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.**

1. **Ein Piercing ist eine Verletzung und muss gepflegt werden, es können Rötungen, Schwellungen, Krusten, Keloide und auch Wundsekret auftreten. Ein Piercing braucht Zeit zum heilen, deshalb ist Geduld gefragt.**
2. **Hiermit bestätige ich, dass ich auf Wunsch, über die möglichen Risiken eines Piercings, die erforderliche Nachbehandlung, sowie über die Möglichkeit der Entfernung des Piercings und der damit verbundenen Gefahren aufgeklärt worden bin.**
3. Dürfen Fotos( Gesicht nicht erkennbar) für Sozialmedia verwendet werden? Bitte ankreuzen JA NEIN

|  |
| --- |
| **Ich bestätige das ich die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und weder rechtliche noch anders geartete Ansprüchen an den Piercer oder das Studio zu stellen. Alle meine Fragen wurden korrekt, vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu überdenken.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Datum Unterschrift**  |