

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

PIERCING – KUNDENAUFKLÄRUNG & BEARTUNG

Untere Walbrunnstr. 8 | 79539 Lörrach | +49 (0) 7621 163 12 00
info@moskitopiercing.de | www.moskitopiercing.de

Moskito
Piercing & Tattoo
Lörrach

PERSONALIEN

Vorname, Nachname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Aktuell ausgeübte Tätigkeit

ANGABEN ZU PERSON

Bitte beantworte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen. Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Krankheiten oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen

Bist Du schon gepierct?

☐ Ja ☐ nein

Hast du Kreislaufprobleme

☐ Ja ☐ nein

Traten dabei Probleme auf?

☐ Ja ☐ nein

Leidest Du an zu hohem/niedrigen Blutdruck?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmst Du blutverdünnende Medikamente?

☐ Ja ☐ nein

Hast du ausreichend gegessen und getrunken?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welches und wann zuletzt? (z.B. Aspirin, ASS, Heparin Plavix, Xarelto etc.)

Treibst du Sport?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche Sportarten? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ nein

Hast du gestern Alkohol zu Dir genommen?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, wieviel? _____

Hast Du in den letzten 24h Cannabis konsumiert?

☐ Ja ☐ nein

Hast du in den letzten 14 Tagen Antibiotiker eingenommen?

☐ Ja ☐ nein

Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welches Mittel und weshalb? _____

Bist du Bluter?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, wie hoch ist der IBR-Wert? _____

Bist Du Diabetiker/in?

☐ Ja ☐ nein

Wirst Du in nächster Zeit operiert?

☐ Ja ☐ nein

Hast Du Hauterkrankungen?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____

Leidest Du an Allergien/Überempfindlichkeiten?

☐ Ja ☐ nein

Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Liegt ein Allergiepass vor?

☐ Ja ☐ nein

Hast Du Hepatitis C., HIV, TbV Infektion?

☐ Ja ☐ nein

Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Hattest Du schon einmal Wildfleischbildung?

☐ Ja ☐ nein

Könntest du schwanger sein/planst dies zeitnah?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, wo? _____

Hast du einen Säugling und stillst?

☐ Ja ☐ nein

Hast du in nächster Zeit einen Urlaub geplant?

☐ Ja ☐ nein

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN NACH DEM STECHEN EINES PIERCINGS

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercings besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen:

- Schmerzen, Missempfindungen
- Kreislaufprobleme
- Allergien
- Wundheilungsstörungen
- Blutung, Hämatombildung
- Dauerhafte Narbenbildung
- Infektionen
- Gefäßverletzungen
- Zahnfleischschäden, Parodontose
- Zahnverschiebung
- Zahnschäden
- Sprachprobleme
- Vorübergehendes Taubheitsgefühl
- Knorpelreizung
- Knorpeldeformation
- Abstoßreaktionen
- Neurologische Ausfälle
- Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen
- Entzündungen (Rötungen, Schwellung, Lymphknotenschwellung)

INFORMATIONEN ZUR BEHANDLUNG (vom Studio auszufüllen)

Art, Körperstelle des Piercings

Eingesetzter Schmuck

Datum der Behandlung

Nachsorgetermine

Name des Piercers

INFORMATIONEN ZUR BEHANDLUNG (vom Studio auszufüllen)

Einige Piercings verlangen bestimmte, körperliche Voraussetzungen. Diese wurde vom Piercer in einer Vorbesprechung überprüft.

Ist das Piercing anatomisch möglich?

☐ Ja ☐ nein

Datum

Unterschrift Piercer

Wenn nein, aus welchem Grund wurde das Piercing abgelehnt?

BENÖTIGTE UNTERSCHRIFTEN

Ich erkläre mein Einverständnis zu einem Piercing

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 StGB eine Körperverletzung dar. Deshlab bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu piercenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu piercende Person erklärt sich damit einverstanden, das der/die Piercer/in bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt: Ich bestätige hiermit, daa ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmucks und des Piercingsvorgangs, 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 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 der Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu. Alle meine Fragen rund um mein Wunsch Piercing wurden mir beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.

Datum

Unterschrift Kundin/Kunde

Möglicherweise würden wir gerne von dem fertiggestelltem Werk Lichtbildaufnahmen anfertigen. Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigem Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden. Zudem werden in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten erhoben, damit wir entscheiden können, ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärungen und Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/ oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden – da deren Verarbeitung bis zum zeitpunkt des Widerrufs legitim ist – bis zum Ablauf der Aufbewahrungspflicht verwahrt.

Datum

Unterschrift Kundin/Kunde

Hast Du eine gesetzliche Vertretung und Vormund?

☐ Ja ☐ nein

Bei Minderjährigen und Volljährigen unter gesetzlicher Betreuung/Vormundschaft muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person oder dem Vormund unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird die aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Vorname, Nachname (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Anschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Vorname, Nachname (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Anschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)