



Piercingstudio-Kamenz.de – Inh. Heike Elchlep
 Landstr. 20, * 01920 Schönteichen / OT Schwosdorf
 Tel.: 03578 309406 / Handy: 0172-3704075

Einwilligung für Volljährige

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich von Heike Kühne unter Einhaltung der üblichen Regeln, sowie den Hygieneanforderungen) aus freien Willen gepierct werden will.

Ich bin darüber informiert worden, dass es trotz sorgfältiger Durchführung zu Infektionen und allergischen Reaktionen kommen kann. In diesem Falle suche ich einen Arzt auf. Die Kosten hierfür trägt seit 01.07.08 der Kunde selbst.

Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen (Wundheilungsstörungen, Allergien, Thrombose, Embolien) keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art an das ausführende Studio, sowie dessen Lieferanten geltend mache.

Die Belehrung über Risiken und Pflege wurde durchgeführt. Die schriftliche Information über Hygiene und Pflege nach dem Piercen wurde mir ausgehändigt, und wird von mir beachtet und so durchgeführt werden, da ich über die Folgen der Nichteinhaltung und daraus folgenden Entzündungserscheinungen aufgeklärt worden bin.

Gesundheitsfragen	Nein	Ja
1. Bist Du Schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Stehst Du unter Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Stehst du unter Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Musst Du Medikamente nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja welche? _____

5. Leidest du unter Hepatitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Leidest Du unter Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Leidest Du an Hämophilie (Bluter)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Leidest Du unter einer Infektion (HIV)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Bist du frisch geimpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Leidest Du unter einer Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wen ja unter welcher

Ich bestätige, dass ich 18 Jahre alt bin.
 Zum Zeitpunkt des Piercings bin ich in psychischer und physischer guter Verfassung. Ich möchte folgendes Piercing:

Name _____ Vorname _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Ausweis-Nr.: _____

Ort, Datum/Unterschrift