

Kundendaten

Vorname Name	Straße PLZ Ort
Telefonnummer	Geburtsdatum Alter
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit	Personalausweisnummer

Behandlungsdaten (werden vom Studio ausgefüllt)

Studio:	Piercer/in:
Gewünschtes Piercing:	Schmuck:
Maße:	Farbe:
Lieferant:	Nachsorgetermine:
Datum Aufklärungsgespräch:	Datum Durchführung:

Ich erkläre meine Einwilligung zu einem professionellen Piercing.

Ich wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über die unten angegebenen Risiken des bei mir vorzunehmenden Piercings aufgeklärt. Alle meine Fragen bezüglich des Piercings wurden ausführlich besprochen. Eine schriftliche Pflegeanleitung wurde mir ausgehändigt und die Pflege detailliert mit mir besprochen. Eine Notrufnummer, unter der ich bei Problemen oder Fragen jederzeit einen Ansprechpartner erreiche, habe ich erhalten. Ich habe verstanden welche Auswirkungen der Piercingsschmuck auf meinen Körper haben kann und dass der Piercer kein Arzt oder Heilpraktiker ist. Ich verpflichte mich, die notwendigen und vereinbarten Nachsorgetermine einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise meiner Piercerin / meines Piercers und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann.

Es besteht auch bei ordnungsgemäßer Ausführung des Piercings das Risiko folgender, unerwünschter Begleiterscheinung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gefäßverletzungen | <input type="checkbox"/> Zahnschäden |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Blutungen Hämatombildung | <input type="checkbox"/> Nervenverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> Vorrübergehendes Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Blutvergiftung | <input type="checkbox"/> Wildfleischbildung / Kelloid | <input type="checkbox"/> Dauerhaftes Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Gewebenekrose | <input type="checkbox"/> Knorpeldeformation |
| <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung Entzündung | <input type="checkbox"/> Dauerhafte Narbenbildung | <input type="checkbox"/> Abstoßreaktion |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen / Missempfindung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischschäden / Parodontose | |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Zahnverschiebung | |

In den letzten 24 h habe ich keinerlei Drogen, Alkohol oder Medikamente konsumiert und es liegen keine anderen Gründe, welche meine natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen, vor. Mir wurde erklärt, dass der Vorgang des Piercens eine Körpervletzung darstellt (§223 Abs.1 StGB). Mein Piercer nimmt bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an meinen Körper vor. Ich weiß, dass dieser Eingriff meinen Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit der Körpervletzung (§228 StGB).

Fragen zu meinem Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falsche Angaben können zu gesundheitlichen Risiken führen.

Sind Sie bereits Kunde bei uns? ja nein
 Wenn nicht, welche Piercings haben Sie schon?

Traten Probleme auf? ja nein
 Wenn JA, welche: _____

Treiben Sie Sport? ja nein
 Wenn JA, welche Sportart: _____

Haben Sie seit gestern Alkohol getrunken? ja nein
 Wenn JA, wieviel Alkohol haben Sie zu sich genommen:

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? ja nein
 Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? ja nein
 Wenn JA, welche: _____

Sind Sie Diabetiker/in? ja nein
 Haben Sie Hauterkrankungen? ja nein
 Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein
 Wenn JA, welche: _____

Liegt ein Allergiepass vor? ja nein

Haben Sie Narben, die nicht glatt verheilt sind? ja nein
 Gab es bei Ihnen schonmal eine Wildfleischbildung

Wenn JA, wo: _____ ja nein

Haben Sie Kreislaufprobleme? ja nein

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? ja nein

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. ASS, Aspirin, Heparin, Plavix, Xarelto etc.) ja nein

Wenn JA, welches, wieviel und wann zuletzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn JA, welche: _____

Könnten Sie schwanger sein, oder planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie in den letzten zwei Wochen eine Antibiotika-Therapie gemacht? ja nein

Wenn JA, welches wurde deswegen genommen:

Ist das Piercing bei mir möglich? (Vom Studio auszufüllen)

Einige Piercings verlangen bestimmte, anatomische Voraussetzungen. Diese wurden von dem/der Piercer/in in einer Voruntersuchung überprüft.

Das Piercing ist anatomisch möglich.

Das Piercing wurde aus folgenden Gründen abgelehnt:

Nachdem alle Fragen rund um mein Piercing beantwortet und mir der Vorgang ausführlich erklärt wurde, stimme ich dem Piercing durch meine Unterschrift zu.

Ich bin mit einer Fotodokumentation zur firmeninternen Nutzung einverstanden.

Ich widerspreche einer kommerziellen Nutzung des Fotos.


 Datum Unterschrift Kundin / Kunde

Bei Minderjährigen ist diese Erklärung von einer erziehungsberechtigten Person zu bestätigen.

Hiermit erlaube ich die oben aufgeführte Behandlung und bestätige die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Angaben.

Personalausweisnummer: _____


 Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

 Unterschrift Piercerin/Piercer

Platz zur freien Validierung | Verlaufsdocumentation | Nachsorge: _____

Sterilgutetiketten
 Piercinginstrumente & Verbrauchsmaterial

Sterilgutetiketten
 Schmuck