

Headzone Tattoo & Piercingstudio
Hauptstraße 28
82256 Fürstenfeldbruck
Kevin Schilling & Angela Sachse



Einwilligungserklärung Piercing

Dokumentierte Kundenaufklärung

Kundendaten

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

Behandlungsdaten (werden vom Studio ausgefüllt)

Gewünschtes Piercing _____ Schmuck _____
Maße _____ Farbe _____

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 ein Piercingschmuck auf meinem Körper haben kann und dass die Piercerin kein Arzt oder Heilpraktiker ist. Ich verpflichte mich, die notwendigen und vereinbarten Nachsorgetermine einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise meiner Piercerin und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann.

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

Begleiterscheinung:

Allergien	Gefäßverletzungen	Zahnschäden
Rötung	Blutungen/Hämatombildung	Nervenverletzungen
Schwellung	Wundheilungsstörungen	Vorrübergehendes Taubheitsgefühl
Blutvergiftung	Wildfleischbildung/Keloid	Dauerhaftes Taubheitsgefühl
Infektionen	Gewebenekrose	Knorpeldeformation
Lymphknotenschwellung/Entzündung	Dauerhafte Narbenbildung	Abstoßreaktion
Schmerzen/Misempfindung	Zahnfleischschäden/Parodontose	
Kreislaufprobleme	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 Körperverletzung darstellt (§223 Abs. 1 StGB). Meine Piercerin nimmt bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an meinem 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

Fragen zu meinem Gesundheitszustand

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

Sind Sie bereits Kunde bei uns?	O ja O nein	Ist das Piercing bei mir möglich? (vom Studio auszufüllen)
Wenn nicht, welche Piercings haben Sie schon?		
Traten Probleme auf?	O ja O nein	Einige Piercings verlangen bestimmte, anatomische Voraussetzungen. Diese wurden von der Piercerin in einer Voruntersuchung überprüft.
Wenn JA, welche:		
Treiben Sie Sport?	O ja O nein	O Das Piercing ist anatomisch möglich. O Das Piercing wurde aus folgenden Gründen abgelehnt:
Wenn JA, welche Sportart?		
Haben Sie seit gestern Alkohol getrunken?	O ja O nein	
Wenn JA, wieviel Alkohol haben Sie zu sich genommen:		
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	O ja O nein	
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?	O ja O nein	
Wenn JA, welche:		
Sind Sie Diabetiker/in?	O ja O nein	
Haben Sie Hauterkrankungen?	O ja O nein	Nachdem alle Fragen rund um mein Piercing beantwortet und mir der Vorgang ausführlich erklärt wurde, stimme ich dem Piercing durch meine Unterschrift zu.
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	O ja O nein	
Wenn JA, welche:		
Liegt ein Allergiepass vor?	O ja O nein	Ich bin mit einer Fotodokumentation zur firmeninternen Nutzung einverstanden.
Haben Sie Narben, die nicht glatt verheilt sind?	O ja O nein	
Gab es bei Ihnen schonmal eine Wildfleischbildung?	O ja O nein	
Wenn JA, wo:		O Ich widerspreche einer kommerziellen Nutzung des Fotos.
Haben Sie Kreislaufprobleme?	O ja O nein	
Leiden Sie an zu hohem Blutdruck?	O ja O nein	O Ich habe die AGBs von Headzone Tattoo & Piercing GbR zur Kenntnis genommen.
Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck?	O ja O nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. ASS, Aspirin, Heparin, Plavix, Xarelto, etc.)	O ja O nein	
Wenn JA, welches, wieviel und wann zuletzt:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O ja O nein	Datum Unterschrift Kundin/Kunde
Wenn JA, welche:		Bei Minderjährigen ist diese Erklärung von einer oder beiden erziehungsberechtigten Person zu bestätigen.
Könnten Sie schwanger sein, oder planen Sie eine Schwangerschaft?	O ja O nein	Hiermit erlaube ich die oben aufgeführte Behandlung und bestätige die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Angaben.
Haben Sie in den letzten zwei Wochen eine Antibiotika Therapie gemacht?	O ja O nein	Personalausweisnummer:
Wenn JA, welches wurde weswegen genommen:		
		Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Piercerin

Platz zur freien Validierung / Verlaufsdokumentation / Nachsorge: