

## PIERCING · EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Piercing-Bezeichnung:                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Eingesetztes Material:               | <input type="checkbox"/> 316L <input type="checkbox"/> G23 <input type="checkbox"/> PTFE <input type="checkbox"/> PMFK                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Eingesetzter Schmucktyp:             | <input type="checkbox"/> Segmentring <input type="checkbox"/> Barbell <input type="checkbox"/> Banana Bell<br><input type="checkbox"/> Labret Stud <input type="checkbox"/> Hufeisenring <input type="checkbox"/> Nasenring<br><input type="checkbox"/> Nasenstecker <input type="checkbox"/> Ohrstecker <input type="checkbox"/> Surface Bar<br><input type="checkbox"/> Klemmkugelring |
| Datum:                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Vorname, Nachname:                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Wohnhaft in:    (Plz. Wohnort)       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Volljährig:        (Bitte ankreuzen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Telefonnummer:                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| E-Mail:                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Das Piercing darf nur vorgenommen werden, wenn keine Hinweise auf eine dem Piercing entgegenstehende Kontraindikation vorliegt.

Deshalb ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der folgenden Fragen eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung.

Zutreffendes bitte Ankreuzen:

| 1. Krankheiten:                                                             | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hepatitis                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-Infektion (AIDS)                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankungen                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen    (Falls ja, bitte auf der nächsten Seite ausführen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| 2. Allergien        | Ja                       | Nein                     |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Desinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nickel              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| 3. Gesundheit & Wohlbefinden                                                                                           | Ja                       | Nein                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ohnmacht- & Schwindelanfälle                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzprobleme                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aktueller Einfluss von Drogen, Alkohol oder anderen Medikamenten<br>(Falls ja, bitte auf der nächsten Seite ausführen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Medikamente:

---

Erkrankungen:

---

### **Hinweis für den Kunden:**

Bei Nichtbeachten der Pflegeanleitung können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von Komplikationen bitte den Piercer aufsuchen. Von einer selbstständigen Entfernung des Piercingschmucks wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen führen kann.

Die Entfernung und Auswechslung des Piercings sollte ausschließlich durch einen gewerblich befugten Piercer erfolgen.

### **Mit meiner Unterschrift bestätige ich zusätzlich, dass:**

- Ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und damit einverstanden bin, dass an meinem Körper ein Piercing eingesetzt wird.
- Ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung / Risiken / Pflege des Piercings aufgeklärt wurde, sowie eine schriftliche Pflegeanleitung erhalten habe (Verfügbar auf [devils-arts.de](http://devils-arts.de)).
- Ich verstehe, dass es trotz professioneller Durchführung und Beachtung der Pflegevorschriften sowie geltender Hygieneverordnungen bei jedem Piercing zu Infektionen und anderen Beschwerden kommen kann.
- Ich bestätige, die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben und dass alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind.
- Ich zudem aufgeklärt wurde, dass das Piercen laut Gesetz als Körperverletzung gilt, schmerzhaft sein kann und ich diesem Eingriff zustimme.
- Ich mir im Klaren darüber bin, dass ein Piercing je nach Körperstelle nach einer Zeit herauswachsen könnte und dabei eine Narbe hinterlassen kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass das fertige Piercing fotografiert und das Foto davon veröffentlicht werden könnte, auch wenn ich darauf zu erkennen bin. Ausgenommen hiervon sind Intim- und Brustwarzenpiercings.
- Mit meiner Unterschrift entbinde ich außerdem den Piercer von jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen meinerseits.

Datum:

Unterschrift:

(Zu behandelnde Person)

**Bei Minderjährigen auszufüllen:**

**Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten**

Hiermit bestätige ich, die oben stehenden Ausführungen gelesen und verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigte(r) der minderjährigen, zu behandelnden Person erkläre ich mich ausdrücklich mit der Durchführung des Piercings einverstanden.

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Datum:                                                             |  |
| Vorname, Nachname:                                                 |  |
| Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):                             |  |
| Legitimation durch Ausweis geprüft:<br>(Von uns zu unterschreiben) |  |

Bitte unbedingt eine Personalausweiskopie und falls Sie zum Termin nicht dabei sind, eine Telefonnummer, unter der wir Sie erreichen können beifügen.