

DERMAL ANCHOR · EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Körperstelle:	
Implantat:	Dermal Anchor – Implantatbasis (G23)
Datum:	
Vorname, Nachname:	
Geboren am:	
Wohnhaft in: (Plz. Wohnort)	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Das Implantieren eines Dermal Anchors darf nur durchgeführt werden, wenn **keine der Behandlung entgegenstehenden Kontraindikationen vorliegen**.

Die **wahrheitsgemäße Beantwortung** der folgenden Fragen ist daher eine **wichtige Voraussetzung für die Durchführung der 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		
Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gesundheit & Wohlbefinden		
Ohnmacht- & Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliches Unwohlsein oder Krankheitssymptome	<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 (Falls ja, bitte auf der nächsten Seite ausführen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente:

Erkrankungen:

HINWEIS FÜR DEN KUNDEN

Bei **Nichtbeachtung der Pflegeanleitung** können **Komplikationen an der behandelten Körperstelle** auftreten.

Im Falle von Auffälligkeiten oder Komplikationen ist **unverzüglich ein Piercer aufzusuchen**.

Von einer **eigenständigen Entfernung des Schmucks** wird dringend abgeraten, da dies zu **Verletzungen und Entzündungen** führen kann.

Die **Entfernung oder der Austausch des Schmucks** sollte ausschließlich durch einen **gewerblich befugten Piercer** erfolgen.

EINWILLIGUNG & BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- ich mich **im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte** befinde und damit einverstanden bin, dass ein **Dermal Anchor in meine Haut implantiert** wird.
- ich **ausführlich über die Nachbehandlung, Pflege und mögliche Risiken** von Dermal Anchors aufgeklärt wurde und eine **schriftliche Pflegeanleitung** erhalten habe (verfügbar unter devils-arts.de).
- mir bewusst ist, dass es **trotz fachgerechter Durchführung**, Einhaltung der Pflegevorschriften und Hygienevorgaben **zu Infektionen oder anderen Beschwerden** kommen kann.
- ich diese Einverständniserklärung **gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt** habe.
- ich darüber aufgeklärt wurde, dass das **Implantieren von Dermal Anchors** rechtlich als **Körperverletzung gilt**, schmerzhaft sein kann und ich diesem **ausdrücklich zustimme**.
- mir bewusst ist, dass ein Dermal Anchor **im Verlauf herauswachsen** und dabei eine **dauerhafte Narbe** zurücklassen kann.
- ich mit meiner Unterschrift den ausführenden Künstler **von jeglicher Haftung und rechtlichen Ansprüchen entbinde**, sofern **keine grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz** vorliegt.
- ich damit einverstanden bin, dass vom fertig eingesetzten Dermal Anchor ein Foto angefertigt wird, welches **ohne Nennung meines Namens oder weiterer personenbezogener Daten** zu Werbezwecken veröffentlicht werden darf.

Datum:

Unterschrift: