

CUTTING / SCARIFICATION · EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ALLGEMEINE HINWEISE VOR DER BEHANDLUNG

- Wenn du dich dauerhaft oder aktuell in **ärztlicher Behandlung** befindest, informiere uns bitte **vorab**.
- Nimmst du derzeit **Antibiotika oder Cortison**, wurdest **kürzlich geimpft** oder bist **schwanger**, kann die **Behandlung nicht stattfinden** – bitte informiere uns sofort.
- Du musst zum Zeitpunkt der Behandlung **körperlich gesund** sein. Bei **Erkältungen, grippalen Infekten, Fieber oder allgemeinem Krankheitsgefühl** darf die Behandlung **auf keinen Fall durchgeführt werden** und ist zu verschieben.
- Für die Behandlung musst du **vollständig alkohol-, drogen- und koffeinfrei** sein.
Auf Alkohol, Drogen und Koffein ist **mindestens 24 Stunden vor** und **2 Tage nach** der Behandlung strikt zu verzichten.
- Du darfst **keine blutverdünnenden Substanzen** eingenommen haben (z. B. ASS, Aspirin, Energy-Drinks).
Manche Blutverdünner benötigen **bis zu 5 Tage**, um vollständig vom Körper abgebaut zu werden.
Wenn du **ärztlich verordnete Blutverdünner** (z. B. Marcumar) einnimmst, **musst du uns darüber informieren**.
- Du solltest **gut gegessen, ausgeschlafen** und **körperlich fit** sein, um die Behandlung besser zu verkraften.
- Bitte **keine ausgedehnten Sonnenbäder** vor der Behandlung – bei **Sonnenbrand** kann keine Scarification durchgeführt werden.
- Die Nachsorge erfolgt anhand unserer **Pflegeanleitung für Cuttings** auf devils-arts.de
Solltest du mit dieser Anleitung noch nicht vertraut sein, lies sie dir bitte **vor der Behandlung aufmerksam durch**.

Körperstelle:

Motiv:

Datum:

Vorname, Nachname:

Geboren am:

Wohnhaft in: (Plz. Wohnort)

Telefonnummer:

E-Mail

Das Cutting darf nur vorgenommen werden, wenn keine medizinischen oder sonstigen Kontraindikationen vorliegen.

Die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Krankheiten

Ja Nein

Hepatitis

HIV-Infektion (AIDS)

Bluterkrankungen

Sonstige Erkrankungen (Falls ja, bitte auf der nächsten Seite ausführen)

2. Allergien

Desinfektionsmittel

Latex

3. Gesundheit & Wohlbefinden

Ohnmacht- & Schwindelanfälle

Herzprobleme

Schwangerschaft

Kürzliches, längeres Sonnenbad oder Sonnenbrand

Körperliches Unwohlsein oder Krankheitssymptome

Aktueller Einfluss von Drogen, Alkohol oder anderen Medikamenten
(Falls ja, bitte auf der nächsten Seite ausführen)

Medikamente:

Erkrankungen:

HINWEIS FÜR DEN KUNDEN

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

Im Falle von Auffälligkeiten oder Komplikationen ist **unverzüglich Kontakt mit dem Studio aufzunehmen**.

EINWILLIGUNG & BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- ich mich **im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte** befinde und damit einverstanden bin, dass an meinem Körper eine **dauerhafte Veränderung in Form eines Cuttings / einer Scarification** vorgenommen wird.
- ich **ausführlich über die Nachbehandlung, Pflege und mögliche Risiken** aufgeklärt wurde und eine **Pflegeanleitung** erhalten habe (verfügbar unter devils-arts.de).
- mir bewusst ist, dass es **trotz fachgerechter Durchführung**, Einhaltung der Hygienevorschriften und korrekter Nachsorge **zu Infektionen, Heilungsstörungen oder anderen Beschwerden** kommen kann.
- mir **alle Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung sowie während der gesamten Heilungszeit bewusst sind**.
- ich darüber aufgeklärt wurde, dass eine Scarification **schmerzhaft sein kann** und rechtlich als **Körperverletzung gilt**, der ich **ausdrücklich zustimme**.
- mir bekannt ist, dass die durch die Behandlung entstehende **Narbe dauerhaft bestehen bleibt**.
- ich diese Einverständniserklärung **gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt** habe.
- ich den ausführenden Künstler **von jeglicher Haftung und rechtlichen Ansprüchen entbinde**, sofern keine grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz vorliegt.

Datum:

Unterschrift:
