



Handy: 0162 21 66 813  
Königstraße 12, 24768 Rendsburg

## Einwilligungserklärung

- Ich habe mich davon überzeugt, dass das Piercing unter **sterilen Bedingungen** eingesetzt wird.
- Ich bin mir bewusst darüber, dass ein Piercing eine Wunde ist und einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellt. Ich erlaube dem Piercer ausdrücklich diesen **Eingriff in meine körperliche Unversehrtheit**.
- Ich bin mir darüber im Klaren, dass jede Krankheit, wie z.B. eine gewöhnliche Erkältung, Mononukleose, Hepatitis, Diabetes, Aids, Bluterkrankheit, Allergien jeglicher Art, Kreislaufbeschwerden, Epilepsie, jede Form von chronischer Krankheit, Symptome von Immunschwächen sowie die Einnahme von Drogen, Tabletten und Alkohol, mögliche **Komplikationen** verursachen kann.

Achtung: Sollten ein oder mehrere der o.g. Punkte auf Sie zutreffen, so teilen Sie dies bitte Ihrem Piercer vor dem Einsetzen des Piercings mit. Es wird nicht unbedingt Einfluss darauf haben, ob Sie letztendlich ein Piercing bekommen können oder nicht, es ist aber für den Piercer sehr wichtig diese Dinge im Voraus zu wissen.

- Ich verbürge mich dafür, dass ich die **Behandlungshinweise**, die mir auf einem separaten Blatt ausgehändigt und mir zusätzlich von dem Piercer erklärt wurden, mit äußerster Sorgfalt und mindestens für den empfohlenen Zeitraum genau ausführen werde. Ich bin mir bewusst, dass mit Komplikationen gerechnet werden muss, wenn ich die Behandlungshinweise nicht befolge. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass mir der Piercer im Falle einer Komplikation zu einer kostenlosen Beratung zur Verfügung steht.
- Ich bin mir bewusst, dass eine **allergische Reaktion** gegen die medizinischen Instrumente, Kanülen oder das Metall des Piercingschmuckes (ausschließliche Verwendung von Titanschmuck) auftreten kann.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ein Piercing im Mundbereich, Zunge und Augenbraue **Nervenäste verletzen** kann. Ich bin mir bewusst, dass sich ein Piercing im Knorpelgewebe, wie Tragus oder Ohrmuschel entzünden kann und dass eine Entzündung dieser Art in der Regel aufgrund der wenigen Durchblutung des Knorpelgewebes langwierig und schmerzhaft verläuft und intensiver Pflege bedarf. Ein Restrisiko ist auch bei genauester Beachtung der Behandlungshinweise nie auszuschließen.
- Ich bin mir bewusst, dass der Piercer für allergische Reaktionen, sowie für Sach- und Personenschäden aufgrund unsachgemäßer Handhabung der Piercingartikel durch den Kunden oder äußere Einflüsse keine Haftung übernimmt.
- Ich habe vor dem Einsatz des Piercingschmuckes keine blutverdünnenden Medikamente eingenommen, hierzu zählen unter anderem Makumar, Asperin, ASS, Heparin.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Einwilligungserklärung gelesen habe und mit ihr übereinstimme sowie den vollen Wortlaut verstanden habe.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Informationen zur Datenerhebung gem. Art. 13 DSGVO:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für die Kundenkartei des oben genannten Unternehmens verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Widerspruch ist jeder Zeit möglich.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wenn du das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hast, dann benötigen wir die Unterschrift deiner Eltern oder Erziehungsberechtigten.