

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Körperstelle Piercing/Tattoo: _____

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtstag: _____ Telefon: _____

Das Body-Piercing/Tattoo darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine dem entgegenstehende Kontraindikation vorliegt.

- ✦ Hepatitis
- ✦ HIV-Infektion
- ✦ Epilepsie oder andere Anfälle
- ✦ Herzklappenfehler
- ✦ Diabetes
- ✦ Geschlechtskrankheiten
- ✦ Einnahme von Blutverdünner oder Aspirin in den letzten 24 Std.
- ✦ Hautkrankheiten oder Ekzeme
- ✦ Autoimmunkrankheiten und andere chronische oder akute Erkrankungen
- ✦ Allergien (z.B. Nickel)
- ✦ Bluter
- ✦ schwanger oder stillend
- ✦ akute Infektion (Bronchitis, Grippe, Mittelohrentzündung oder Karies)
- ✦ Drogen, Alkohol oder anderen Wahrnehmung beeinflussenden Mitteln/Medikamenten

Sollte eins oder mehrere der Kontraindikationen zutreffen bitte hier wahrheitsgemäß aufführen:

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift weiter zu obigem, dass:

- ✦ Ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach genügend Bedenkzeit damit einverstanden bin, dass an meinem Körper ein Piercing/Tattoo angebracht wird.
- ✦ Ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung/Risiken/Pflege des Piercings/Tattoo aufgeklärt wurde und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegevorschriften ausgehändigt wurde.
- ✦ Ich verstehe, dass es trotz professioneller Durchführung und Beachtung der Pflegevorschriften zu Infektionen und anderen Beschwerden kommen kann.
- ✦ Mir ist bewusst, dass bei Nichtbeachtung der Pflegehinweise Komplikationen an der gepiercten/tattoowierten Körperstelle auftreten können.
- ✦ Ich bestätige, die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben und alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Für evtl. Falschangaben auch mangels Unwissens haftet der durchführende nicht.
- ✦ Ich zudem aufgeklärt wurde, dass das Piercen/Tattooieren laut Gesetz zur Körperverletzung zählt und ich diesem Eingriff eigenverantwortlich zustimme.
- ✦ Ich akzeptiere, dass Wolffsblut keinerlei Haftung für das Piercen/Tattooieren und den Heilungsprozess übernimmt und werde keine rechtlichen Schritte gegen sie geltend machen.
- ✦ Ich den AGB von Wolffsblut laut Aushang und <https://wolffsblut.com/agb> vollinhaltlich zustimme und diese akzeptiere.

Datum: _____

Unterschrift: _____

PIERCING BEI MINDERJÄHRIGEN

Hiermit erkläre ich, daß ich der/die Erziehungsberechtigte der umseitig genannten Person bin und dem Eingriff zustimme. Mir ist bewusst, dass hier falsch angegebene Daten Urkundenfälschung ist.

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____

Ausweis-Nr: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____