



Einwilligungserklärung

Piercing – Kundenaufklärung & Beratung

Personalien

Vorname, Nachname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

E-Mail-Adresse

PLZ, Ort

Personalausweisnummer

Telefonnummer

Angaben zu Person

Bitte beantworte die folgenden Fragen **wahrheitsgemäß**. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen. Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen.

Anamneseangaben

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bist Du schon gepierct? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Traten dabei Probleme auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Hast Du ausreichend gegessen und getrunken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du gestern Alkohol zu dir genommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bist Du Bluter? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bist Du Diabetiker/in? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du Hauterkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an Allergien/Überempfindlichkeiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Hattest Du schon einmal Wildfleischbildung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du Kreislaufprobleme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest Du an zu hohem/niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nimmst Du Blutverdünnende Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nimmst Du regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wirst Du in nächster Zeit operiert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du eine Hepatitis C., HIV, TbV Infektion? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Könntest Du schwanger sein/planst es zeitnah? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du ein Säugling und stillst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mögliche Komplikationen nach dem stechen eines Piercings

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen:

- Schmerzen, Missempfindung
- Kreislaufprobleme
- Allergien
- Wundheilungsstörung
- Blutung, Hämatombildung
- Dauerhafte Narbenbildung
- Infektionen
- Gewebenekrose
- Gefäßverletzungen
- Zahnfleischschäden, Parodontose
- Zahnverschiebung
- Zahnschäden
- Sprachprobleme
- Nervenverletzung
- Vorübergehendes Taubheitsgefühl
- Dauerhaftes Taubheitsgefühl
- Knorpelreizung
- Knorpeldeformation
- Abstoßreaktion
- Thrombose
- Embolie
- Neurologische Ausfälle
- Wildfleischbildung
- Bildung von Abszessen
- Entzündungen

Rückseite geht's weiter

Information zur Behandlung (vom Studio auszufüllen)

Art, Körperstelle:

Eingesetzter Schmuck:

Datum der Behandlung:

Nachsorge Termin:

Kann das Piercing gemacht werden?

Einige Piercings verlangen bestimmte, körperliche Voraussetzungen. Dies wurde vom Piercer in einer Voruntersuchung überprüft.

Ist das Piercing Anatomisch möglich? Ja Nein Wenn nein, aus welchem Grund wurde das Piercing abgelehnt?

Datum

Unterschrift Piercer

Benötigte Unterschriften

Ich erkläre mein Einverständnis zu einem Piercing

Das anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 StGB eine Körperverletzung dar. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu piercenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu piercende Person erklärt sich damit einverstanden, dass der/die Piercer/in bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt: Ich bestätige hiermit, dass volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung bezog sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmucks und des Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu fällen. Eine Pflegeanleitung, sowie die benötigten Pflegemittel wurden mir ausgehändigt. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin im vollen Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte. Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt. Durch meine Unterschrift und dieser Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu. **Alle meine Fragen rund um mein Wunsch Piercing wurden beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.**

Datum

Unterschrift

Hast du eine Gesetzliche Vertretung? Ja Nein

Bei Minderjährigen und Volljährigen unter gesetzlicher Betreuung/Vormundschaft muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person oder dem Vormund unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird die ausgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Vor/Zuname (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Datum

Unterschrift

Wir werden von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen fertigen. Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits einer gemäß Art. 6 Absatz 1 (f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf unserer Webseite, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden. Zu dem werden in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten erhoben, damit wir entscheiden können, ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden – da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist – bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

Datum

Unterschrift

Personalausweisnummer