

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PIERCING

Wir versichern dir, deine Angaben vertraulich zu behandeln.
Wenn du unsicher bist oder Fragen hast, melde dich bei uns. Wir helfen gerne weiter.

Bist du volljährig? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Vollständiger Name: _____ Telefon: _____

Strasse: _____ PLZ / Wohnort: _____

E-Mail: _____ Piercing: _____

Mit der nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich mit dem gewünschten Piercing ausdrücklich einverstanden bin.

Ich bin mir bewusst, dass Piercing ein Eingriff ist, welcher auch danach der Pflege und Nachbehandlung mit einem geeigneten Antiseptikum bedarf. Wichtige Informationen über Pflege und Komplikationen habe ich vom Piercer/ der Piercerin erhalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch den Piercingvorgang zum Beispiel folgende Komplikationen auftreten können:

- | | |
|--------------------------------|---|
| - Schmerzen | - Entzündung / Infektion |
| - Schwellungen | - Narbenbildung |
| - Abstossung des Schmuckstücks | - Rötungen |
| - Kreislaufschwächen | - Bildung von äusserlichem Narbengewebe |
| - Hämatome | |

Sollten Komplikationen im Heilungsverlauf auftreten, werde ich mich umgehend vom „Dark Haus Tattoo Studio“ über die weitere Behandlung orientieren lassen. Sollte ich einen Arzt konsultieren, werde ich dies auf eigene Rechnung tun.

Der Piercer/ die Piercerin bestätigt, dass die vorzunehmenden Arbeiten nach bestem Wissen und unter Wahrung der neuesten Erkenntnisse ausgeführt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die verwendeten Arbeitsmittel (Instrumente und Schmuck) zuerst desinfiziert und anschliessend sterilisiert wurden. Alle verwendeten Nadeln sind Einwegnadeln und werden nach Gebrauch entsorgt.

BITTE WENDEN



GESUNDHEITSSPEZIFISCHE FRAGEN

Hast du dich in den letzten 6 Monaten einer Operation unterzogen?

Ja Nein

Stehst du unter Einfluss von Medikamenten (z.B. Schmerzmittel, Blutverdünner, Aspirin)?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Hast du in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Betäubungsmittel konsumiert?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Leidest du an Allergien (Jod, Desinfektionsmittel, Latex, Metalle,...)?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Leidest du an Krankheiten (Blutkrankheiten, HIV, Epilepsie, Hepatitis, Diabetes, HerzKreislaufprobleme, Wundheilungsstörungen, Blutgerinnungsstörungen,...)?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Warst du in den letzten zwei Wochen in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Bist du in einer Schwangerschaft/ Stillzeit?

Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das „Dark Haus Tattoo Studio“ und der/die jeweilige Piercer/in, der mein Piercing ausführen wird, die Fotos und Videos dieser Arbeit zu Werbe- oder künstlerischen Zwecken in den ihm zur Verfügung stehenden virtuellen und/oder physischen Plattformen verwenden darf.

Ja Nein

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt des Piercing Termins nicht von Rauschmittel (Drogen, Alkohol, Medikamenten o.ä.) beeinflusst bin. Andere Gründe, welche meine Urteilsfähigkeit beeinflussen, liegen nicht vor.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Piercer/ die Piercerin bei der Durchführung einen Eingriff an meinem Körper vornimmt. Ich wurde darüber informiert, dass Piercing einen Eingriff in die Unversehrtheit meines Körpers ist und somit eine gewollte Körperverletzung darstellt. Durch diese Einwilligung entfällt die Rechtswidrigkeit der entsprechenden Artikel im Schweizerischen Strafgesetzbuch.

Durch meine Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff einschliesslich der dazu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen. Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben der gesundheitsspezifischen Fragen.

Somit entbinde ich mit meiner Unterschrift, das Studio und den Piercer/ die Piercerin von jeglicher Verantwortung und entlaste das Studio, den Piercer/ die Piercerin von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftungs- und Schadensersatzansprüche, auch für Komplikationen jeglicher Art und Folgeschäden sind somit in jeder Form ausgeschlossen.

DATUM

UNTERSCHRIFT

