

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich willige hiermit in den zum piercen notwendigen Eingriff ein. Mir ist klar, dass ein Piercing ein Eingriff in die Unversehrtheit meines Körpers ist und somit eine gewollte Körperverletzung darstellt. Ich willige hiermit ein, dass dieser Eingriff auf meinen eigenen Wunsch vorgenommen wird. Desweiteren entbinde ich mit meiner Unterschrift das Studio sowie den Piercer selbst von jeglicher Verantwortung und entlaste das Studio, bzw. den Piercer, von allen rechtlichen Ansprüchen, Haftung und Schadensersatzansprüchen. Dies gilt auch für Komplikationen jeder Art bei der Heilung.

Ich erkläre hiermit:

1. ausreichend über Piercings, die Nachbehandlung sowie eventuelle Komplikationen aufgeklärt worden zu sein.
2. kein Bluter zu sein, nicht an Hepatitis, HIV, Diabetis, Herzkrankheiten oder ansteckenden Krankheiten zu leiden.
3. keine blutverdünende Medikamente oder Blutgerinnungshemmer einzunehmen.
4. nicht unter Alkohol, Medikamenten oder Drogeneinfluss zu stehen.
5. nicht Schwanger zu sein.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei Erkrankungen, die ein Piercing ausschließen oder mit Risiken belasten, es ausschließlich meine Aufgabe ist, mich in Zweifelfällen vor dem piercen durch einen fachkundigen Arzt über Risiken einer solchen Behandlung informieren zu lassen.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr./PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Personalausweisnummer:  
(VOM PIERCER AUSZUFÜLLEN) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Gewünschtes Piercing: \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

### **Bei unter 18 Jährigen:**

Hiermit bestätige ich, dass ich erziehungsberechtigt bin und erlaube das oben genannte Piercing.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Personalausweisnummer:  
(VOM PIERCER AUSZUFÜLLEN) \_\_\_\_\_

