

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

NAME: _____ **DATUM:** _____

GEBOREN AM: _____ **PIERCER:** _____

ADRESSE: _____ **KÖRPERSTELLE:** _____

TEL.NR.: _____ **SCHMUCK:** _____

AUSWEISART&NR: _____



WUNDESINF.: _____

HAUTDESINF.: _____

KANÜLENNR.: _____

CHARGENNR.: _____

DAS BODYPIERCING DARF NUR VORGENOMMERN WERDEN, WENN KEIN HINWEIS AUF EINE DEM PIERCEN ENTGEGENSTEHENDE KONTRAINDIKATION VORLIEGT.

DAHER IST DIE WAHRHEITSGEMÄSSE BEANTWORTUNG DER NACHFOLGENDEN FRAGEN VORAUSSETZUNG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DES PIERCINGS.

HÄMOPHILIE (BLUTERKRANKHEIT)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
GESCHLECHTSKRANKHEITEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
AUTOIMMUNERKRANKUNGEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
ANDERE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
AKUTER FIEBERHAFTER INFEKT	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
HEPATITIS A,B,C,D,E	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
HIV INFEKTION	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
SCHWANGERSCHAFT/ STILLZEIT	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
MEDIKAMENTE/ ALKOHOL/ DROGEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
DIVERSE HAUTERKRANKUNGEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
DIABETES MELLITUS (ZUCKERKRANKHEIT)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
EKZEME	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
ALLERGIEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
ANGEBORENE IMMUNDEFFIZIENZERKRANKUNGEN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
IMMUNSUPPRESSION	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

(UNTERDRÜCKUNG DES IMMUNSYSTEMS DURCH MEDIKAMENTE Z.B.: ORGANTRANSPLANTATION)

BEI NICHT BEACHTEN DER PFLEGEEMPFEHLUNG KÖNNEN KOMPLIKATIONEN AN DER GEPIERCTEN KÖRPERSTELLE AUFTRETEN. IM FALLE VON KOMPLIKATIONEN NACH DEM PIERCINGVORGANG IST JEDENFALLS EIN/E PIERCER/IN ODER ARZT AUFZUSUCHEN(DERMATOLOGE). (AKH 01/40 4000 ODER SMZ-OST 01/ 288 020 DERMATOLOGISCHE AMBULANZ)

VON EINER SELBSTSTÄNDIGEN ENTFERNUNG DES PIERCING-SCHMUCKS WIRD ABGERATEN, DA DIES ZU VERLETZUNGEN UND ENTZÜNDUNGEN DER BETROFFENEN KÖRPERSTELLE FÜHREN KANN.

DIE ENTFERNUNG SOLLTE AUSSCHLIESSLICH DURCH EINE(N) GEWERBLICH BEFUGTE/N PIERCER/IN ERFOLGEN, DA DIESE(R) ÜBER DIE NOTWENDIGEN INSTRUMENTE VERFÜGT. EIN WIEDERANBRINGEN DES SCHMUCKSTÜCKS NACH DER ENTFERNUNG IST NICHT MEHR MÖGLICH SOLLTE DIES TROTZDEM VERSUCHT WERDEN, SO SIND VERLETZUNGEN UND ENTZÜNDUNGEN AN DER BETROFFENEN KÖRPERSTELLE ZU ERWARTEN.

ALLE HIER ANGEgebenEN DATEN UNTERLIEGEN DEM DATENSCHUTZ UND WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT. DIESES DOKUMENT WIRD NACH ABLAUF DER GESETZLICHEN AUFBEWAHRUNGSPFLICHT, ORDNUGSGEMÄSS VERNICHTET.

ICH BESTÄTIGE, DIE OBNSTEHENDEN INFORMATIONEN GELESEN UND VERSTANDEN ZU HABEN. MEINE FRAGEN WURDEN VOLLSTÄNDIG UND MIR VERSTÄNDLICH BEANTWORTET. ICH HATTE GENÜGEND ZEIT UND DIE GELEGENHEIT MEINE ENTSCHEIDUNG ZU ÜBERDENKEN. DIE BEHANDLUNG ERFOLGT AUF EIGENES RISIKO. TATTOO & PIERCING MILLENNIUM ÜBERNIMMT KEINE HAFTUNG, DER HEILUNGSPROZESS BEEINTRÄCHTIGT DIE ABHEILUNG IHRES PIERCINGS MASSGEBLICH.

ICH BESTÄTIGE EINE ZWEITSCHRIFT UND KURZBESCHREIBUNG DER ERBRACHTEN LEISTUNG, SOWIE EINE PFLEGEANLEITUNG ERHALTEN ZU HABEN.

HIERMIT BESTÄTIGE ICH MEINE ERLAUBNIS, DER VERWENDUNG VON VORHER/NACHHER FOTOS, SOWIE FÜR MARKETING UND WERBUNG.

DATUM

UNTERSCHRIFT