

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.

### PERSONALIEN

Vorname, Nachname	Geburtsdatum / Alter
Straße, Hausnummer	E-Mail Adresse
PLZ / Ort	Aktuell ausgeübte Tätigkeit
Telefonnummer	
Personalausweis- oder Führerscheinnummer	gewünschtes Piercing

### ANGABEN ZUR 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.

Bist Du schon gepierct? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leidest Du an zu hohem/zu niedrigem Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____	Nimmst Du blutverdünnende Medikamente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Traten dabei Probleme auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welches Medikament und wann zuletzt (z.B. Aspirin, ASS, Heparin, Xarelto etc.) _____
Wenn ja, welche? _____	
Hast Du ausreichend gegessen und getrunken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treibst Du Sport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____
Hast Du gestern Alkohol zu Dir genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hast Du in den letzten 14 Tagen Antibiotika eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche und weshalb? _____
Bist Du Bluter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wirst Du in der nächsten Zeit operiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie hoch ist der INR-Wert? _____	Wenn ja, warum? _____
Bist Du Diabetiker/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hast Du Hauterkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____
Leidest Du an Allergien/Überempfindlichkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hast Du eine Hepatitis C, HIV, Tbv Infektion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____	Wenn ja, welche? _____
Liegt ein Allergiepass vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leidest Du unter STD's (Geschlechtskrankheiten)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hast Du Narbengewebe, das nicht glatt verheilt ist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____
Hattest Du schon einmal Wildfleischbildung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Könntest Du schwanger sein oder planst dies zeitnah? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo? _____	Hast Du einen Säugling und stillst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hast Du Kreislaufprobleme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN NACH DEM STECHEN EINES PIERCINGS

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercings besteht das Risiko folgender Komplikationen und Nebenerscheinungen:

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

## ICH ERKLÄRE MEIN EINVERSTÄNDNIS ZU EINEM PIERCING

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 ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter (Vertreter) anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde.

Diese Aufklärung bezieht sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmuckes und des Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem 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.

Bei den ersten Anzeichen einer Komplikation verpflichte ich mich ausdrücklich, mich zuerst an den/die Piercer/in zu wenden. Sollte ich diese/n nicht erreichen können, suche ich einen Arzt auf. Durch meine Unterschrift unter dieser Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu.

Datum  Unterschrift Kundin / Kunde

**Bei Minderjährigen** muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person (unter 16 Jahren von beiden erziehungsberechtigten Personen) unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Name // Vorname (der erziehungsberechtigten Person)

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer // PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Personalausweisnummer (der erziehungsberechtigten Person)

Datum  Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Name // Vorname (der erziehungsberechtigten Person)

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer // PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Personalausweisnummer (der erziehungsberechtigten Person)

Datum  Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

## EINWILLIGUNG ZUR LICHTBILDVERWENDUNG / DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto gemacht wird, welches zur Dokumentation im eigenen Studio verwendet wird.  Ja  Nein

Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich darin ein, dass die Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außerdarstellung auf unserer Webseite, unseren Social-Media-Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden. 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.

In dieser Einwilligungserklärung werden Gesundheitsdaten erhoben, damit wir entscheiden können, ob die Durchführung des Vertrages ohne Gefahr für Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses 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.

Datum  Unterschrift Kundin / Kunde

## INFORMATIONEN ZUR BEHANDLUNG (vom Studio auszufüllen)

Einige Piercings verlangen bestimmte, körperliche Voraussetzungen. Diese wurden vom Piercer in einer Voruntersuchung überprüft.

Das gewünschte Piercing ist anatomisch möglich  Ja  Nein

Wenn nein, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Art, Körperstelle des Piercings

\_\_\_\_\_  
Eingesetzter Schmuck

\_\_\_\_\_  
Datum der Behandlung

\_\_\_\_\_  
Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Piercer/in

Nachsorgetermine:  3 Tage  5 Tage  7 Tage  10 Tage  14 Tage

### Sterilgutetiketten

Piercinginstrumente & Verbrauchsmaterial

### Sterilgutetiketten

Schmuck