



Einwilligungserklärung

Piercing – Kundenaufklärung & Beratung

Version 9.0

Personalien

Vorname, Nachname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

E-Mail Adresse

PLZ, Ort

Aktuell ausgeübte Tätigkeit

Telefonnummer

Personalausweisnummer

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 und wann zuletzt? (z.B. Aspirin, ASS, Heparin Plavix, 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? _____ |
| Wenn ja, welche Sportarten? _____ | Hast Du in den letzten 14 Tagen Antibiotika eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du gestern Alkohol zu Dir genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welches Mittel und weshalb? _____ |
| Wenn ja, wieviel? _____ | |
| Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wirst Du in der nächsten Zeit operiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bist Du Bluter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, warum? _____ |
| Wenn ja, wie hoch ist der INR-Wert? _____ | Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bist Du Diabetiker/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Hast Du Hauterkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Hast Du eine Hepatitis C., HIV, TbV Infektion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest Du an Allergien/Überempfindlichkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Wenn ja, welche? _____ | Leidest Du unter STD's (Geschlechtskrankheiten)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegt ein Allergiepass vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Könntest Du schwanger sein/planst dies zeitnah? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hattest Du schon einmal Wildfleischbildung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Hast Du einen Säugling und stillst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wo? _____ | Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du Kreislaufprobleme? <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:

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Schmerzen, Missempfindung• Kreislaufprobleme• Allergien• Wundheilungsstörungen• Blutung, Hämatombildung• Dauerhafte Narbenbildung• Infektionen• Gewebenekrose• Gefäßverletzungen | <ul style="list-style-type: none">• Zahnfleischschäden, Parodontose• Zahnverschiebung• Zahnschäden• Sprachprobleme• Nervenverletzung• Vorübergehendes Taubheitsgefühl• Dauerhaftes Taubheitsgefühl• Knorpelreizung• Knorpeldeformation | <ul style="list-style-type: none">• Abstoßreaktion• Thrombose• Embolie• Neurologische Ausfälle• Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen• Entzündung (Rötung, Schwellung, Lymphknotenschwellung) |
|--|--|--|

Weiter geht's!

Informationen zur Behandlung (vom Studio auszufüllen)

Art, Körperstelle des Piercings

Eingesetzter Schmuck

Datum der Behandlung

Nachsorgetermin

Name des Piercers

Studioname, Stempel

Kann das Piercing gemacht werden?

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

Ist das Piercing anatomisch möglich? Ja Nein

Datum

X

Unterschrift Piercer

Wenn *nein*, aus welchem Grund wurde das Piercing abgelehnt?

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 ich 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 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. Durch meine Unterschrift unter diese 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

X

Unterschrift Kundin/Kunde

Hast Du eine gesetzliche Vertretung oder Vormund? 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 aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Voller Name, Anschrift (Erziehungsberichtiger/Vormund)

Personalausweisnummer (Erziehungsberichtiger/Vormund)

Datum

X

Unterschrift (Erziehungsberichtiger/Vormund)

Möglicherweise würden wir gerne von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen fertigen. Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außerdarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden. Ja Nein
Zudem 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

X

Unterschrift Kundin/Kunde

Sterilgutetiketten

Schmuck, Piercinginstrumente & Verbrauchsmaterial

Voller Name, Anschrift (Erziehungsberichtiger/Vormund)

Personalausweisnummer (Erziehungsberichtiger/Vormund)

Datum

X

Unterschrift (Erziehungsberichtiger/Vormund)