

Einverständniserklärung Ohrlochstechen

Name & Vorname des Kunden (Bei Minderjährigen zusätzlich Name & Vorname des gesetzlichen Vertreters)

..... Geburtsdatum.....

Adresse.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch ein Ohrloch oder Nasenloch gestochen wird. Ich habe die nachfolgenden Informationen gelesen, verstanden und erkenne deren Notwendigkeit an, um möglichen Komplikationen, die durch den Vorgang des Ohrloch- oder Nasenstechens hervorgerufen werden können, vorzubeugen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Ich befinde mich aus keinerlei Gründen in ärztlicher Behandlung, durch welche es mir untersagt wäre, mir ein Ohr- oder Nasenloch stechen zu lassen. Sollte ich mich in medizinischer Betreuung befinden, beispielsweise bei einer Schwangerschaft, habe ich die Erlaubnis meines behandelnden Arztes eingeholt, mir ein Ohr- oder Nasenloch stechen zu lassen.
- Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein.
- Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen oder Alkohol.
- Mir wurde eine Kopie der Pflegeanleitung ausgehändigt, die ich gelesen und verstanden habe. Ich bin mir über die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Metallunverträglichkeit oder anderen Gründen bewusst. Die häufigste Ursache liegt in der nicht sorgfältigen Einhaltung der empfohlenen Pflegeanleitung.
- Ich bin mir bewusst, dass sich beim Durchstechen von Knorpelgewebe das Risiko von Rötungen, Schwellungen und Infektionen aufgrund der natürlichen Beschaffenheit dieses Bereichs und/oder unzureichender Nachpflege erhöht, wobei es zu bleibenden Schäden im durchstochenen Knorpelbereich kommen kann. Dieses Risiko nehme ich wissentlich auf mich.
- Ich bin mir darüber im Klaren, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund äußerer Umstände erhöht, wenn die frisch durchstochene Haut Umwelteinflüssen wie beispielsweise beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird. Ich verpflichte mich, der Pflegeanleitung sorgfältig Folge zu leisten.
- Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren oder meine Nase mit sterilem Ohr- oder Nasenstecker(n) durchstochen werden.
- Ich bin mir bewusst, dass ein Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist und somit Arzt- und Krankenhauskosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden, sondern selbst getragen werden müssen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich älter als 18 Jahre bin bzw. bei Minderjährigen unter 18 Jahren ein Elternteil oder gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen bin. Ich bin mir dessen bewusst, dass eine fälschlich geleistete Unterschrift als Betrug gilt.
- Im Bewusstsein der möglichen Risiken erkläre ich mich einverstanden, mir Ohrlöcher oder ein Nasenloch durch einen Angestellten des unten genannten Dienstleisters stechen zu lassen. Ich befreie den unten genannten Dienstleister von jeglicher Verantwortung für sämtliche Verletzungen oder Schäden, die als direkte oder indirekte Folge des Ohrloch- oder Nasenstechens entstehen können.
- Indem ich als Elternteil oder gesetzlicher Vertreter für einen Minderjährigen unterzeichne, übernehme ich die Verantwortung und verzichte auf etwaige Ansprüche gegenüber dem Dienstleister, Distributor und Hersteller im Falle irgendwelcher Komplikationen, die als direkte oder indirekte Folge des Stechvorgangs auftreten können. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben als Betrug gewertet werden.

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er dieses Formular gelesen hat und vollumfänglich damit einverstanden ist.

Die Kundin oder der Kunde (gesetzliche Vertreter) entbindet den Dienstleister.

Stempel:



von jeglicher Haftung für Schäden, die direkt oder indirekt durch das Piercing entstehen können.

Ort/Datum: Name/ Unterschrift:.....