



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### PERSONALIEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort / PLZ: \_\_\_\_\_

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

Alter: \_\_\_\_\_

Welche Art von Piercing soll erstellt werden: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE-ANGABEN ZUR PERSON

Sind Sie schon gepierct? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Traten Probleme auf? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie bei der Arbeit häufig Staub, Dreck, Feuchtigkeit o.ä. ausgesetzt? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 24 Std. Alkohol zu sich genommen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Hautkrankheiten? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen?

z.B.: Pflaster, Medikamente, Nickel... Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Kreislauf-Probleme? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie Bluter oder Diabetiker? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie Epileptiker oder haben andere Anfälle? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Hepatitis A oder B Infektion? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Hepatitis C, HIV oder TbV Infektion? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Geschlechtskrankheiten? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie heute Medikamente zu sich genommen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Anbringung eines Piercings für den umseitig genannten Kunden.

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §224 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 im Sinne des § 224 StGB damit einverstanden, daß der Piercer bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an Ihrem Körper vornimmt.

Ich habe den Piercer beauftragt, an meinem Körper – an folgender Stelle - Schmuck durch Body-Piercing anzubringen:

\_\_\_\_\_

- Ich bestätige hiermit, daß ich volljährig bin bzw. ein/e Erziehungsberechtigte/r 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 Piercingvorgangs sowie über die Tatsache, daß dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann.
- Alle meine Fragen wurden vollständig beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu fällen.
- Es ist mir bewusst, daß es trotz aller hygienischer Umstände zu Komplikationen kommen kann. Über diese Komplikationen wurde ich ausreichend aufgeklärt.
- Eine Pflegeanleitung wurde mir ausgehändigt.
- Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin im vollen Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte.
- Der Heilungserfolg des Piercings hängt in erster Linie von der eigenen Nachbehandlung ab.

## KOMPLIKATIONEN

Mögliche Komplikationen: Nachblutungen, Rötungen, Kreislaufstörungen, Allergien, Entzündungen, Nekrosen, Herauswachsen, Zahnschädigungen, eitrige Infektionen, Blutergüsse, Narbenbildung, Schmerzen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, daß es trotz steriler Arbeitsweise zu Komplikationen kommen kann.

Ja \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

## BEI MINDERJÄHRIGEN

Hiermit erkläre ich, daß ich der/die Erziehungsberechtigte der umseitig genannten Person bin und dem Eingriff zustimme.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort / PLZ: \_\_\_\_\_

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

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden deshalb von uns streng vertraulich behandelt.

Datum: \_\_\_\_\_