



Einverständniserklärung für einen körperlichen Eingriff

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt !!!



Hiermit erkläre ich wahrheitsgemäß:

Name / Vorname

Straße / PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Alter

Beruf

E-Mail

Allgemeine Information:

Vor dem Eingriff darf der Kunde keinerlei Drogen, Alkohol oder Medikamente konsumieren. Es dürfen keine Gründe, welche die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen vorliegen. Dies bestätigt der Kunde mit seiner Unterschrift. Mir wurde erklärt das der durchgeführte Eingriff eine Körperverletzung darstellt (§ 228 a StGB). Unser Piercer nimmt einen Eingriff am Körper der o. g. Person vor. Ich weiß, dass dieser Eingriff den Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einverständniserklärung stimme ich dem Eingriff in meinen Körper ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit (§§ 223, 223 a und 224 StGB (Körperverletzung)).

BEI MINDERJÄHRIGEN VON DEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN AUSZUFÜLLEN !!

Durch meinen Personalausweis bestätige ich, dass wir der/die Erziehungsberechtigte/n des o. g. Jugendlichen sind. Die o.g. „Allgemeinen Informationen“ haben wir verstanden und akzeptieren wir.



Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 1



Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 2

Ich erkläre mein Einverständnis zu einem....

professionellen Piercing

Silikon Implantation

Ohr läppchen Rekonstruktion

Wir wurden in einem ausführlichen Beratungsgespräch über alle Risiken des bei mir, meinem Sohn/meiner Tochter, vorzunehmenden Eingriffes informiert. Alle unsere Fragen bezüglich des Eingriffes wurden ausführlich beantwortet.

Eine schriftliche Pflegeanweisung wurde uns ausgehändigt und die Pflege detailliert mit uns besprochen. Eine Notrufnummer unter der wir bei Problemen oder Fragen jederzeit einen Ansprechpartner erreichen haben wir erhalten.

Wir haben verstanden welche Auswirkungen der Eingriff/ der Piercingschmuck auf den meinen Körper oder den meines Sohnes/meiner Tochter haben kann und das der Piercer kein Arzt oder Heilpraktiker ist.

Wir verpflichten uns, die notwendigen Nachsorgetermine, die der Piercer mit uns vereinbart, einzuhalten. Uns wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise des Piercers und ausreichender Pflege unsererseits zu Komplikationen kommen kann.

Wenn wir eine der aufgeführten Veränderungen bei meinem Piercing/beim Piercing meines Sohnes/meiner Tochter (oder Silikon Implantat oder an der Nahtstelle nach einer Ohr läppchen Rekonstruktion) bemerke, werden wir uns sofort mit unserem Piercingstudio in Verbindung setzen oder einen Arzt aufsuchen.

Wird mein Eingriff Schmerzhaft sein?

Ein Piercing ist ein kleiner Eingriff, der keine Betäubung erforderlich macht. Unser Piercer hat uns ausführlich informiert und einige Möglichkeiten zur Schmerzvermeidung erklärt. Insbesondere sind Atemtechniken und Autosuggestion geeignet, den Schmerz während des Piercings zu vermeiden.

Auf unseren Wunsch hin wird *XYLONOR SPRAY* zur Betäubung verwendet. Unser Piercer hat uns erklärt, dass ausschließlich rezeptfreie Mittel verwendet werden. Alle Risiken und Nebenwirkungen wurden uns ausführlich erklärt und wir stimmen der Anwendung zu. Bei größeren Eingriffen wird dem Kunde empfohlen zuvor einen Arzt aufzusuchen der die Eingriffsstelle zuvor lokal durch eine Injektion betäubt.

Durch meine Unterschrift erteile ich ausdrücklich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff einschließlich der erforderlichen Voruntersuchung und Nebeneingriffen. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.



Unterschrift Kunde oder Erziehungsberechtigte/r

Angaben zum Gesundheitszustand (des Jugendlichen):

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falsche Angaben können zu gesundheitlichen Risiken führen und stellen eine Straftat dar.

Sind Sie bereits Kunde bei uns? ja nein

Wenn nein: Welche Piercings haben Sie schon?

Traten Probleme auf? ja nein

Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportarten:

Haben Sie seit gestern Alkohol getrunken? ja nein

Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie zu sich genommen?

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Hauterkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Allergie? ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben Sie Narben, die nicht glatt verheilt sind? ja nein

Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrythmusstörungen oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie Kreislaufprobleme? ja nein

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? ja nein

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Marcumar, Heparin, Liquimin o.ä.)? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie in nächster Zeit einen Urlaub geplant? ja nein

Sind Sie Bluter? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Sind Sie Epileptiker? ja nein

Sind Sie Asthmatiker? ja nein

Haben Sie eine Hepatitis C, HIV, TbV Infektion? ja nein

Wenn ja, welche?

Könnten Sie schwanger sein oder planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Wurden Sie in den letzten drei Monaten operiert oder ist eine OP geplant? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie in den letzten 2 Wochen eine Antibiotikatherapie gemacht? ja nein

Wenn ja, welche Medikamente nahmen Sie?

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen bezüglich meines Gesundheitszustandes oder des Gesundheitszustandes meines/r Sohns/Tochter wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Nachdem alle Fragen rund um den Eingriff bei mir/ meinem Sohn/meiner Tochter beantwortet und uns der Vorgang ausführlich erklärt wurde, stimme ich dem Eingriff bei mir / meinem Sohn/meiner Tochter durch meine Unterschrift zu.

Ich bin einverstanden von meinem Piercingstudio regelmäßig über Angebote oder Neuigkeiten informiert zu werde.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Werbung Empfehlung Internet Sonstiges: _____



_____ Datum

_____ Meine Unterschrift

_____ Meine Personalausweisnummer/Führerscheinnummer

_____ Unterschrift Jugendliche/r

_____ Personalausweisnummer des Jugendlichen

VOM PIERCER AUSZUFÜLLEN!!

von dem geplanten Piercing/Eingriff wurde aus folgenden Gründen abgeraten: _____

Platzierung des Piercings _____ Schmuck _____ Material _____ Maße _____