

# Einverständniserklärung Piercen

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Das Body-Piecing darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine dem Piercen entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Piercings.

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Anmerkung:

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| Hämophilie (Bluterkrankheit)   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Hepatitis A,B,C,D,E,F  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| HIV-Infektion  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?)   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Ekzeme   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Allergien (wenn ja, welche?)   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Angeborene Immundefizienzerkrankungen (wenn ja, welche?)   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Andere Gründe für eine Immunsuppression (Unterdrückung des Immunsystems durch Medikamente, z.B. nach Organtransplantationen) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Autoimmunerkrankungen  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Blutverdünnungstherapie  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |
| Geschlechtskrankheiten   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | _____ |

akuter fieberhafter Infekt  JA  NEIN \_\_\_\_\_

andere chronische oder akute Erkrankungen  JA  NEIN \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?  JA  NEIN \_\_\_\_\_

Bei Nichtbeachten der Pflegeempfehlung können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von Komplikationen nach dem erfolgten Piercingvorgang ist jedenfalls ein Arzt aufzusuchen.

Von einer selbständigen Entfernung des Piercing-Schmuckstückes wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen der betroffenen Körperstelle führen kann. Die Entfernung des Piercing-Schmuckstückes sollte ausschließlich durch eine(n) gewerblich befugte(n) Piercer(in) erfolgen, da diese(r) über die notwendigen Instrumente verfügt. Eine Wiederanbringung des Schmuckstückes nach der Entfernung ist nicht mehr möglich. Sollte dies trotzdem versucht werden, so sind Verletzungen und Entzündungen an der betroffenen Körperstelle zu erwarten.

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

**Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko!**

Ich bin damit Einverstanden, dass an meinem Körper ein „Body-Piercing“ angebracht wird.

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Piercings aufgeklärt und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegevorschriften ausgehändigt wurde.

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben. Meine Fragen wurden vollständig und mir verständliche beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Ich bestätige weiter, dass ich eine Ablichtung bzw. Zweitschrift dieser Einverständniserklärung und eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Stoffe erhalten habe.

_____ Unterschrift	_____ Datum
-----------------------	----------------

**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:**

Hiermit bestätige ich, die oben stehenden Ausführungen gelesen und verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigte(r) des/der minderjährigen

\_\_\_\_\_  
erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme eines Body-Piercings einverstanden.

_____ Unterschrift	_____ Datum
-----------------------	----------------