



Tattoo und Piercing

www.sonny's-tattoos.de

Sonny's Tattoos
Inh. Sonja
Schaarschmidt
Oberpirker Straße 28b
Drochaus
08539 Mehltheuer
Telefon und Fax:
037431/4192
sonny's-tattoos@web.de

Vom Studio auszufüllen

Material _____

Maße _____

Nadel haltbar bis _____

Schmuck sterilisiert am _____

Piercingwerkzeug sterilisiert am _____

sterile Handschuhe haltbar bis _____

Unterschrift (Studioinhaber) _____

Kundenerklärung zum Piercen

Vor- und Zuname _____
Straße, Nr. _____
PLZ und Ort _____
Geburtsdatum _____
Email (Angabe freiwillig) _____
Telefon _____

- 1.) Ich wünsche von Sonja Schaarschmidt gepierct zu werden. Nachweislich des von mir vorgelegten Personalausweises haben ich das 18. Lebensjahr vollendet bzw. durch unten gegebene Einverständniserklärung und Vorlage des Ausweises eines gesetzlichen Vertreters die Rahmenbedingungen für ein Piercing erfüllt.
- 2.) Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt des Piercingtermins nicht von Rauschmitteln (Drogen, Alkohol, Medikamenten o.ä.) beeinflusst bin. Andere Gründe, welche meine natürliche Einsehens- und Steuerungsfähigkeit beeinflussen liegen nicht vor.
- 3.) Ich erkläre mich im Sinne des §226a StGB damit einverstanden, dass die Piercerin Sonja Schaarschmidt bei der Durchführung des Piercens einen Eingriff an meinem Körper vornimmt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Eingriff meinen Körper verletzt. Durch dieses Einverständnis entfällt die Rechtswidrigkeit der §§ 223, 224 StGB.
- 4.) Über mögliche gesundheitliche Schäden und Komplikationen, die das Piercing verursachen kann und die notwendige Nachbehandlung, wurde ich mündlich und schriftlich aufgeklärt. Ich weiß, dass die ausführende Kraft keine ärztliche Tätigkeit ausübt. Für meine Entscheidung hatte ich ausreichend Bedenkzeit.

Durch meine Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff einschließlich der dazu erforderlichen Vor- und Nachbehandlung.

Ich wünsche das Piercing an folgender Körperstelle: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde)

Bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich ausdrücklich , dass ich die/der gesetzliche Vertreter/in von _____
_____ bin und dem Piercing an der Körperstelle _____ ,
ausgeführt durch die Tätowiererin Sonja Schaarschmidt, zustimme.
Kundenbefragung und -erklärung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Vor- und Zuname _____
Straße, Nr. _____
PLZ und Ort _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Kopie des Personalausweises

Kundenbefragung

- Kommen Sie beruflich mit Staub/Schmutz in Berührung? Ja Nein
- Welche sportlichen Hobbies haben Sie?
- Haben Sie Allergien? Ja Nein
 - ↳ Wenn ja, welche?
- Tragen Sie bereits Körperschmuck? Ja Nein
- Leiden Sie unter Wundheilungsstörungen? Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Neigen Sie zu Kreislaufproblemen? Ja Nein
- Leiden Sie an Asthma? Ja Nein
- Leiden Sie an Epilepsie? Ja Nein
- Sind Sie Bluter oder haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
- Haben Sie Diabetes? Ja Nein
- Haben Sie einen Herzfehler? Ja Nein
- Leiden Sie an aktuellen Erkrankungen? Ja Nein
 - ↳ Wenn ja, welche?
- Haben oder hatten Sie Hepatitis? Ja Nein
- Nehmen Sie dauerhaft oder zeitbegrenzt Medikamente?(z.B. Aspirin) Ja Nein
 - ↳ Wenn ja, welche und wie lang?
- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten/werden Sie demnächst operiert? Ja Nein
 - ↳ Wenn ja, warum?

Mögliche Komplikationen - Durch den Piercing-Vorgang und das anschließende Tragen von Piercing-Schmuck kann es zu folgenden aufgeführten Komplikationen und gesundheitlichen Schäden kommen, die bei auftreten evtl. eine ärztliche Inanspruchnahme erforderlich machen: Rötungen, Schwellungen, Schmerzen, Blutergüsse, lokale Hyperthermie, Nachblutungen, Parästhesien, Verletzung von Blutgefäßen, Kreislaufkrisen, Bewusstlosigkeit, eitrige Infektion, Zurückbildung von Zahnfleisch, Zahnschäden, Fistelbildungen, Lymphknotenschwellungen und -entzündungen, dauerhafte Narbenbildung, Allergien, Sepsis, Abszesse/Emphyemie, Gewebsnekrosen, Granulationsgewebe, Fremdkörpergranulome, Deformationen, Verletzung von Nerven/ dauerhafte motorische und sensible Ausfälle, Unverträglichkeitsreaktionen/Herauswachsen/Abstoßung des Schmucks

Bei Auftreten von Komplikationen wenden Sie sich bitte umgehend an mich oder einen Arzt.

Die möglichen Komplikationen und gesundheitlichen Risiken, sowie die Nachbehandlung wurde im einzelnen besprochen. Alle meine Fragen wurden beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde)