

Personalien

Vorname, Nachname	Geburtsdatum, Alter
Straße, Hausnummer	E-Mail Adresse
PLZ, Ort	Aktuell ausgeübte Tätigkeit
Telefonnummer	Personalausweisnummer

Anamnese

Bitte beantworte die folgenden Fragen **wahrheitsgemäß**. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen. Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen.

Bist Du schon gepierct? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hast Du Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Traten dabei Probleme auf? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Leidest Du an zu hohem/zu niedrigem Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hast Du ausreichend gegessen und getrunken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Treibst Du Sport? <i>Wenn ja, welchen?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hast Du in den letzten 14 Tagen Antibiotika eingenommen? <i>Wenn ja, welches Mittel und weshalb?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hast Du in den letzten 24h Alkohol oder andere Rauschmittel konsumiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wirst Du in der nächsten Zeit operiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Bist Du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bist Du Bluter?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hast Du eine Hepatitis C, HIV, TbV Infektion? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bist Du Diabetiker/in?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Könntest Du schwanger sein/planst dies zeitnah?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hast Du Hauterkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hast Du einen Säugling und stillst gerade?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidest Du an Allergien/ Überempfindlichkeiten? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

Mögliche Komplikationen nach dem Stechen eines Piercings

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen:

- Schmerzen, Missempfindung
- Zahnfleischschäden, Parodontose
- Kreislaufprobleme
- Zahnverschiebung
- Allergien
- Zahnschäden
- Wundheilungsstörungen
- Sprachprobleme
- Blutung, Hämatombildung
- Nervenverletzung
- Dauerhafte Narbenbildung
- Vorübergehendes Taubheitsgefühl
- Infektionen
- Dauerhaftes Taubheitsgefühl
- Gewebenekrose
- Knorpelreizung
- Gefäßverletzungen
- Knorpeldeformation
- Abstoßreaktion
- Thrombose
- Embolie
- Neurologische Ausfälle
- Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen
- Entzündung (Rötung, Schwellung, Lymphknotenschwellung)

Informationen zur Behandlung (vom Studio auszufüllen)

Art, Körperstelle des Piercings (Bezeichnung)

Eingesetzter Schmuck

Datum der Behandlung

Nachsorgetermine

Name des Piercers

Studio-Name, Stempel

Kann das Piercing gemacht werden?

Einige Piercings verlangen bestimmte Voraussetzungen. Diese wurden vom Piercer in einer Voruntersuchung überprüft.

Ist das Piercing anatomisch möglich? Ja Nein

Datum

Unterschrift Piercer

Benötigte Unterschriften - Ich erkläre mein Einverständnis zu einem Piercing

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 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 damit einverstanden, dass der/die Piercer/in bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt: Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter 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 Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu fällen. Eine Pflegeanleitung wurde mir ausgehändigt, sowie die benötigten Pflegemittel empfohlen. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte. Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt. Durch meine Unterschrift unter diese Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu.

Alle meine Fragen rund um mein Wunsch Piercing wurden beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.

Datum

Unterschrift Kunde

Hast du eine gesetzliche Vertretung oder Vormund? Ja Nein

Bei Minderjährigen und Volljährigen unter gesetzlicher Betreuung/Vormundschaft muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person oder dem Vormund unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird die aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Voller Name, Anschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Voller Name, Anschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Personalausweisnummer (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Personalausweisnummer (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Datum
Vormund)

Unterschrift (Erziehungsberechtigter/

Datum
Vormund)

Unterschrift (Erziehungsberechtigter/

Möglicherweise würden wir gerne von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen fertigen. Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden.

Ja Nein

Zudem werden in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten erhoben, damit wir entscheiden können, ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese

Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden - da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist - bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

Datum

Unterschrift Kunde