

Einverständniserklärung für Piercings

Belpbergstrasse 12
3110 Münsingen
onpoint-piercing@hotmail.com
079 615 11 85



Mit der nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich mit dem gewünschten Piercing ausdrücklich einverstanden bin.

Ich bin mir bewusst, dass Piercen ein Eingriff ist, welcher danach der Pflege und Nachbehandlung mit einem geeigneten Antisepticum bedarf. Wichtige Informationen über Pflege und Komplikationen habe ich vom Piercer / Piercerin erhalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch den Piercingvorgang und den eingesetzten Schmuck zum Beispiel folgende Komplikationen auftreten können:

- Schmerzen
- Kreislaufschwächen
- Entzündung / Infektion
- Schwellungen
- Rötungen
- Hämatome
- Abstossung des Schmuckstückes
- Bildung von äusserem Narbengewebe
- Narbenbildung

Sollte eine Infektion oder andere Komplikationen während des Heilungsprozesses auftreten, so werde ich mich umgehend von meinem Piercer oder einem Arzt über weitere Behandlungen orientieren lassen. Sollte ich einen Arzt konsultieren, so werde ich dies auf eigene Rechnung vornehmen.

Der Piercer / die Piercerin bestätigt, dass die vorzunehmenden Arbeiten nach besten Wissen und unter Wahrung der neuesten Erkenntnisse ausgeführt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die verwendeten Arbeitsmittel (Klammern und Schmuck) zuerst desinfiziert und anschliessend sterilisiert wurden. Nadeln sind Einwegnadeln und werden nach Gebrauch entsorgt.

Nachweislich des von mir vorgelegten Personalausweises habe ich das 18. Lebensjahr vollendet bzw. durch unten angegebene Einverständniserklärung und Vorlage des Ausweises eines gesetzlichen Vertreters die Rahmenbedingungen für ein Piercing erfüllt.

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt des Piercingtermins nicht von Rauschmittel (Drogen, Alkohol, Medikamenten o.ä.) beeinflusst bin. Andere Gründe, welche meine Urteilsfähigkeit beeinflussen, liegen nicht vor.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Piercer / die Piercerin bei der Durchführung einen Eingriff an meinem Körper vornimmt. Ich wurde darüber informiert, dass Piercen einen Eingriff in die Unversehrtheit meines Körpers und somit eine gewollte Körperverletzung darstellt. Durch diese Einwilligung entfällt die Rechtswidrigkeit der entsprechenden Artikel im Schweizerischen Strafgesetzbuch.

Durch meine Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff einschliesslich der dazu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen. Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben der gesundheitsspezifischen Fragen. Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung der Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Somit entbinde ich mit meiner Unterschrift, das Studio und den Piercer / die Piercerin von jeglicher Verantwortung und entlaste das Studio / den Piercer / die Piercerin von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftungs- und Schadenersatzansprüche, auch für Komplikationen jeglicher Art und Folgeschäden sind somit in jeder Form ausgeschlossen.

Einverständniserklärung für Piercings

Belpbergstrasse 12
3110 Münsingen
onpoint-piercing@hotmail.com
079 615 11 85



Gesundheitsspezifische Fragen:

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Stehen Sie unter Einfluss von Medikamenten (z.B. Schmerzmittel, Blutverdünner, Aspirin, Cardio)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Betäubungsmittel konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Leiden Sie unter Allergien (Jod, Desinfektionsmittel, Latex, Metalle oder andere)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Leiden Sie unter Krankheiten (Bluterkrankung, HIV, Epilepsie, Hepatitis, Diabetes, HerzKreislaufprobleme, Wundheilungsstörungen, Blutgerinnungsstörungen oder anderes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Waren Sie in den letzten zwei Wochen in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sind Sie in einer Schwangerschaft / Stillzeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

vom Kunde auszufüllen:

- Name / Vorname _____
- Geburtsdatum _____
- Adresse _____

- Telefonnummer _____
- eMail _____
- Darf dieses Dokument für weitere Piercings in diesem Studio verwendet und mit gemachten Piercings ergänzt werden? ja nein
- Piercing

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
- Ort / Datum _____
- Unterschrift _____
- Kontrolle durch / Unterschrift Piercer _____