

# Einverständniserklärung für ein professionelles Piercing

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                 | Vorname              | Geburtsdatum         | Alter                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße               | PLZ                  | Ort                  |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Telefon (optional)   | Pronomen (optional)  | Beruf (optional)     |                      |

Ich wünsche im Studio ANATOMIE von \_\_\_\_\_ gepierct zu werden.

Platzierung meines Piercings: \_\_\_\_\_

Schmuck & Material: \_\_\_\_\_ Maße: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Durch meinen Personalausweis bestätige ich, dass ich volljährig bin. Personalausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Momentan habe ich keinerlei Drogen, Alkohol oder Medikamente konsumiert. Andere Gründe, welche meine natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen, liegen nicht vor. Mir wurde erklärt, dass der Vorgang des Piercens eine Körperverletzung darstellt (§ 228 a StGB). Mein\*e Piercer\*in nimmt bei der Durchführung des Piercens einen Eingriff an meinem Körper vor. Ich weiß, dass dieser Eingriff meinen Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einverständniserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit (§§ 223, 223 a und §224 StGB (Körperverletzung)).

## Zu meinem Gesundheitszustand:

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

- Sind Sie bereits Kund\*in bei uns? ☐ ja ☐ nein
- Welche Piercings haben Sie schon? \_\_\_\_\_
- Traten Probleme auf? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Kreislaufprobleme? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an zu hohem/ niedrigen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B.: Aspirin, Marcumar, Heparin, Liquimin o. ä.)? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in den nächsten 3 – 4 Monaten einen Urlaub geplant? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie Bluter? Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ☐ ja ☐ nein
- 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
- Haben Sie in den letzten 2 Wochen eine Antibiotikatherapie gemacht? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie Diabetiker\*in / Epileptiker\*in / Asthmatiker\*in? ☐ ja ☐ nein
- Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_
- Welche Sportarten treiben Sie? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ☐ ja ☐ nein – Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Hauterkrankungen? ☐ ja ☐ nein – Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Allergie? ☐ ja ☐ nein – Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Hepatitis A//B//C-, HIV-, TbV-Infektion? ☐ ja ☐ nein – Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei Erkrankungen, die ein Piercing ausschließen oder mit Risiken belasten, es ausschließlich meine Aufgabe ist, mich in Zweifelsfällen vor dem Piercen durch eine\*n fachkundige\*n Ärztin\*Arzt über Risiken einer solchen Behandlung informieren zu lassen.

## Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zu einem professionellen Piercing.

Ich wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über alle Risiken des bei mir vorzunehmenden Piercings informiert. Alle meine Fragen bezüglich des Piercings wurden ausführlich beantwortet. Eine schriftliche Pflegeanweisung wurde mir ausgehändigt und die Pflege detailliert mit mir besprochen. Eine Notrufnummer, unter der ich bei Problemen oder Fragen jederzeit einen Ansprechpartner erreiche, habe ich erhalten.

Ich habe verstanden, welche Auswirkungen der Piercingschmuck auf meinen Körper haben kann, und dass die\*der Piercer\*in kein\*e Ärztin\*Arzt oder Heilpraktiker\*in ist. Ich verpflichte mich, die notwendigen Nachsorgetermine, die mein\*e Piercer\*in mit mir vereinbart, einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise der\*des Piercerin\*Piercers und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann.

### Folgende Risiken können bei meinem Piercing auftreten:

/// Allergien /// Infektionen /// Rötungen /// Schwellungen /// Nachblutungen /// Wundheilungsstörungen ///  
/// Gewebewucherungen /// Dauerhafte Narbenbildung /// Gefäßverletzungen /// Nervenverletzungen ///  
/// Knorpeldeformationen /// Flüssigkeitsansammlungen /// vorübergehende / dauerhafte Taubheitsgefühle ///  
/// Lymphknotenschwellungen /// Abstoßreaktionen /// Kreislaufprobleme /// Blutvergiftung / Sepsis ///  
/// Schädigung des Zahnfleisches /// Zahnschäden /// Zahnverschiebungen ///

Wenn ich eine der aufgeführten Veränderungen bei meinem Piercing bemerke, werde ich mich sofort mit ANATOMIE in Verbindung setzen.

Nachdem alle Fragen rund um mein Piercing beantwortet wurden, erteile ich durch meine Unterschrift ausdrücklich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Piercing einschließlich der erforderlichen Voruntersuchung und Nebeneingriffe. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.

Datum

Unterschrift Kund\*in

Unterschrift Piercer\*in

## ////////// Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten bei minderjährigen Personen: //////////

### MUTTER:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Alter

Straße

PLZ

Ort

### VATER:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Alter

Straße

PLZ

Ort



Das alleinige Sorgerecht liegt vor.

Unterschrift Vater oder Mutter

Hiermit erlauben wir, die Eltern und Inhaber\*innen der elterlichen Sorge nach § 1626 Abs. 1 Satz 1 und § 1626a Abs. 1 Nr. 2 BGB, unserem Kind, sich von einer\*einem Piercer\*in bei ANATOMIE ein -Piercing (s. Vorderseite) anbringen zu lassen.

Wir bestätigen, dass wir die Inhalte dieser Einverständniserklärung sorgfältig gelesen haben und den Inhalten zustimmen. Mit unserer Unterschrift geben wir ausdrücklich unsere Einwilligung zu dem vorgesehenen Piercing ab und bestätigen, dass alle von uns gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Eine unterschriebene Kopie der Personalausweise wurde dieser Einverständniserklärung hinzugefügt.

Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden absolut vertraulich behandelt. Der Zugang für Dritte ist ausgeschlossen. Die Datenschutzgesetze werden eingehalten.

Unterschrift Piercer\*in