



Einverständniserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben.

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Strasse: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Geb. Datum: _____ **Tel. Nummer:** _____

Perso-Nr.: _____

Gewünschten Piercing: _____

Ich erkläre meine Einwilligung zu einem Piercing.

Ich wurde über etwaige Probleme und Risiken meines gewollten Piercing aufgeklärt. Alle meine Fragen bezüglich des Piercings wurde ausführlich besprochen. Ich habe verstanden welche Auswirkungen der Piercingschmuck auf meinen Körper haben kann. Ich verpflichte mich, die notwendige und vereinbarte Nachsorgeterminen einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitweise vom Piercer Boris Viscioni und ausreichender Pflege meinerseits zu Komplikationen kommen kann. Es kann auch bei ordnungsgemäßer Ausführung des Piercings zu Risiken und unerwünschter Begleiterscheinungen kommen.:

- Entzündungen
 - Infektionen
 - Rötunge/Schwellung
 - Lymphknotenschwellung
 - Sepsis

- Schmerzen
- Kreislaufprobleme
- Wundheilungsstörungen
- Wildfleischbildung
- Blutungen (Blaue Flecken)
- Dauerhafte Narbenbildung

- Gewebenekrose
- Gefäßverletzung
- Zahnfleischschäden
- Zahnverschiebungen
- Zahnschäden
- Nervenverletzungen
- Vorübergehendes Taubheitsgefühl
- Knorpelreizung
- Knorpeldeformation
- Abstoßreaktion

Mir wurde erklärt, dass das Piercen eine gefährliche Körperverletzung darstellt (§223 Abs.1, §224 Abs.1 Nr.2, 2. Alt. StGB). Mein Piercer Boris Viscioni nimmt bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an meinem Körper vor. Mir ist bewusst, das dieser Eingriff meinen Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit der gefährliche Körperverletzung (§223 Abs.1, §224 Abs.1 Nr.2, 2. Alt. StGB)

Um Dich optimal behandeln zu können, beantworte bitte folgende Fragen.

Befindest du Dich in geistig u. körperlich gesunder Verfassung?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hast Du in den vergangenen 12 Stunden etwas gegessen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hast Du Drogen (Alkohol, etc.) zu Dir genommen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Befindest Du Dich in einer Schwangerschaft oder Stillzeit?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Neigst Du zu Ohnmachtsanfällen (z.B. Epilepsie...?)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bist Du Bluter oder neigst Du zu starkem Blutungen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Nimmst Du blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin...?)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hast Du Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis ...?)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hast Du in den letzten 24 Stunden Schmerzmittel eingenommen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hast du eine Latex, Jod, Alkohol, Nickel, Pflaster Allergie?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Besonderheiten: _____

Mir ist bekannt, dass ich mit sterilen Instrumenten/Schmuck und professionellen Techniken unter adäquaten Bedingungen gepierct werde. Ich wurde vorab über alle möglichen Risiken, zu dem von mir gewünschten, Piercing aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe und dem Eingriff hiermit zustimme:

Bei Minderjährigen ist diese Erklärung von einer Erziehungsberechtigten Person zu bestätigen. Hiermit erlaube ich die oben aufgeführte Behandlung und bestätige die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Angaben.

Perso.-Nr.: _____

Datum Unterschrift Kundin/Kunde

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigten

Sterilgut	Nadel/Punch