



## Einverständniserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben.

Vorname: \_\_\_\_\_ Rufname/ Pronomen: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Piercing: \_\_\_\_\_

Ich erkläre meine Einwilligung zu einem Piercing.

Ich wurde über mögliche Probleme und Risiken meines gewünschten Piercings aufgeklärt. Alle meine Fragen bezüglich des Piercings wurden ausführlich besprochen. Ich habe verstanden, welche Auswirkungen der Piercingschmuck auf meinen Körper haben kann. Ich verpflichte mich, die notwendigen und vereinbarten Nachsorgetermine einzuhalten. Mir wurde erklärt, dass es trotz sorgfältiger Arbeitsweise durch 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.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entzündung               | <input type="checkbox"/> Gewebenekrose                   |
| <input type="checkbox"/> Infektion                | <input type="checkbox"/> Gefäßverletzung                 |
| <input type="checkbox"/> Rötung/ Schwellung       | <input type="checkbox"/> Zahnfleischschäden              |
| <input type="checkbox"/> Geschwollene Lymphknoten | <input type="checkbox"/> Zahnverschiebungen              |
| <input type="checkbox"/> Sepsis                   | <input type="checkbox"/> Zahnschäden                     |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen                | <input type="checkbox"/> Nervenverletzungen              |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme        | <input type="checkbox"/> Vorübergehendes Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung      | <input type="checkbox"/> Knorpelreizung                  |
| <input type="checkbox"/> Wildfleischbildung       | <input type="checkbox"/> Knorpeldeformation              |
| <input type="checkbox"/> Blutungen (Hämatome)     | <input type="checkbox"/> Abstossreaktion                 |
| <input type="checkbox"/> Dauerhafte Narbenbildung |  |

**Mir ist bewusst, dass dieser Eingriff meinen Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann. Durch meine Unterschrift unter dieser Einwilligungserklärung erkläre ich ausdrücklich meine Zustimmung zum Piercing. Dadurch entfällt die Rechtswidrigkeit der gefährlichen Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 und § 224 Abs. 1 Nr. 2 Alt. StGB.**

**Damit wir dich optimal behandeln können, beantworte bitte folgende Fragen wahrheitsgemäß.**

Befindest du Dich in geistig u. körperlich gesunder Verfassung?	Ja O Nein O
Hast Du in den vergangenen 12 Stunden etwas gegessen?	Ja O Nein O
Hast Du Drogen (Alkohol, etc.) zu Dir genommen?	Ja O Nein O
Befindest Du Dich in einer Schwangerschaft oder Stillzeit?	Ja O Nein O
Neigst Du zu Ohnmachtsanfällen ( z.B. Epilepsie...?)	Ja O Nein O
Bist Du Bluter oder neigst Du zu starkem Blutungen?	Ja O Nein O
Nimmst Du blutverdünnende Medikamente?	Ja O Nein O
Hast Du Infektionskrankheiten ( HIV, Hepatitis ...?)	Ja O Nein O
Hast Du in den letzten 24 Stunden Schmerzmittel eingenommen?	Ja O Nein O
Hast du eine Latex-, Jod-, Alkohol-, oder Pflasterallergie?	Ja O Nein O

**Besonderheiten / Wünsche** (z. B. Gesprächsbedarf, besonders einfühlsame Vorgehensweise, Ängste, individuelle Bedürfnisse.):

---

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.

---

Datum/ Unterschrift Kund\*in

---

Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

## Sterilgut