

## Ihre Informationen

Vorname:

---

Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Telefon-Nummer:

---

E-Mail-Adresse:

---

## Piercing(s) Details

Art des/der Piercings:

---

Stelle(n) am Körper:

---

Datum:

---

## Medizinische Informationen

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Krankengeschichte des Minderjährigen überprüft und die folgenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

	Ja	Nein	Angeben
Haben Sie irgendwelche bekannten Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Haben Sie irgendwelche medizinischen Probleme, die die Heilung beeinträchtigen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein, einschließlich rezeptfreier, verschreibungspflichtiger oder pflanzlicher Präparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Hatten Sie in der Vergangenheit irgendwelche Hautkrankheiten oder -störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Haben Sie eine Vorgeschichte mit Blutungsstörungen oder Problemen mit der Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Gibt es andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, von denen wir wissen sollten?

---

## Einverständnis und Verzicht

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Initialen

Mir ist bewusst, dass ein Piercing einen Einschnitt in die Haut bedeutet und somit das Risiko einer Infektion, einer allergischen Reaktion oder anderer Komplikationen besteht.

\_\_\_\_\_

Ich bin über die Nachsorgeanweisungen informiert worden und verstehe, wie wichtig es ist, sie zu befolgen.

\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht unter Drogen- oder Alkoholeinfluss stehe und in der Lage bin, eine informierte Entscheidung zu treffen.

\_\_\_\_\_

Ich verstehe, dass der Piercer sterilisierte Ausrüstung verwendet und professionelle Standards befolgt, um Risiken zu minimieren.

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, Chrysalis Bern, seine Angestellten und Auftragnehmer von allen Ansprüchen, Schäden oder Klagen freizustellen, die sich aus meinem Piercing ergeben oder damit zusammenhängen.

\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass alle Fragen zum Verfahren zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden sind.

\_\_\_\_\_

(Für Minderjährige) Ich habe die von einem meiner gesetzlichen Vertreter unterzeichnete "Erziehungsberechtigung" mitgebracht.

\_\_\_\_\_

## Unterschriften

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen in dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit den aufgeführten Bedingungen einverstanden und akzeptieren die mit dem Piercing verbundene Verantwortung.

Sollten Sie Fragen oder Bedenken bezüglich des Verfahrens oder des Inhalts dieses Formulars haben, zögern Sie bitte nicht, vor Ihrer Unterschrift nachzufragen. Ihre Sicherheit und Zufriedenheit sind unsere oberste Priorität.

Unterschrift des Kunden:

Datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Piercers:

Datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_