

Angaben zum gesetzlichen Vertreter

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon-Nummer:

E-Mail-Adresse:

Angaben zu Minderjährigen

Vornamen:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon-Nummer:

E-Mail-Adresse:

Details zum Piercing

Art des/der Piercings:

Stelle(n) am Körper:

Datum:

Medizinische Informationen

Dieses Formular muss vom gesetzlichen Vertreter ausgefüllt werden.

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

	Ja	Nein	Angaben
Hat der Minderjährige irgendwelche bekannten Allergien? (z. B. gegen Latex, Metalle usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Minderjährige irgendwelche medizinischen Probleme, die die Heilung beeinträchtigen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nimmt der Minderjährige Medikamente ein, einschließlich rezeptfreier, verschreibungspflichtiger oder pflanzlicher Präparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Minderjährige eine Vorgeschichte mit Hautkrankheiten oder -störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Minderjährige eine Vorgeschichte mit Blutungsstörungen oder Problemen mit der Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich der/die Minderjährige dem oben beschriebenen Piercingverfahren unterzieht. Mir ist bewusst, dass das Verfahren das Durchstechen der Haut beinhaltet, was Risiken wie Infektionen, allergische Reaktionen und andere Komplikationen birgt.

Ich bin über die möglichen Risiken und Komplikationen, die mit dem Piercing verbunden sind, informiert worden und verstehe diese. Ich habe diese mit dem Minderjährigen besprochen und sichergestellt, dass er die erforderliche Nachsorge versteht.

Ich bestätige, dass alle Angaben zur Gesundheit des Minderjährigen richtig und vollständig sind. Ich habe alle Krankheiten oder Allergien angegeben, die die Sicherheit und den Erfolg des Piercings beeinträchtigen könnten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, Chrysalis Bern, seine Angestellten und Vertragspartner von allen Ansprüchen, Schäden oder Klagen freizustellen, die sich aus dem Piercing ergeben oder damit in Zusammenhang stehen. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Freistellung alle Probleme abdeckt, die sich aus dem Eingriff ergeben, vorausgesetzt, das Studio hält sich an die professionellen Standards.

Ich bestätige, dass der/die Minderjährige sich freiwillig diesem Verfahren unterzieht und nicht unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol steht. Ich habe mich vergewissert, dass der/die Minderjährige vollständig über das Verfahren und seine Folgen informiert ist.

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 gesetzlichen Vertreters

Datum:

Unterschrift des Minderjährigen:

Datum:

Unterschrift des Piercers:

Datum:
