

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

zwecks Anbringung von Schmuck an Hautfalten, verknorpelten Stellen des Ohres oder des Nasenflügels, oder an der Zunge vor dem Zungenbändchen sowie

Durchstechen von Ohrläppchen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf geschlechterspezifische Formulierungen verzichtet. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Ich unterziehe mich einem Piercing-Vorgang.

Ein Piercing darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Piercing-Vorganges. Das Piercing erfolgt auf **EIGENES RISIKO**

Vorname, Nachname: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ausgewiesen durch: _____ Ausweis Nr. _____

Art, Körperstelle des Piercing: _____

PiercerIn: _____

Ich lese mir die nachfolgenden Gesundheitsfragen vor dem Aufklärungsgespräch aufmerksam durch. Wenn mir etwas unklar ist, informiere ich mich näher im Rahmen des Aufklärungsgesprächs bei meinem Piercer. Sollten danach Fragen offenbleiben, oder z.B. eine Abklärung medizinischer Kontraindikationen erforderlich sein, wird an einen Arzt verwiesen.

Gesundheitsfragen und Aufklärung Kontraindikationen

Ich beantworte die nachfolgenden Gesundheitsfragen sorgfältig und wahrheitsgemäß, damit allfällige Kontraindikationen bestmöglich abgeklärt werden können und etwaigen Risiken besser vorgebeugt werden kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA ☐	NEIN ☒
HÄMOPHILIE (Bluterkrankheit)	JA ☐	NEIN ☐
BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE	JA ☐	NEIN ☐
ALLERGIEN	JA ☐	NEIN ☐
AUTOIMMUNERKRANKUNG	JA ☐	NEIN ☐
ANGEBORENE ABWEHRSCWÄCHE	JA ☐	NEIN ☐
CHRONISCHE/AKUTE ERKRANKUNGEN	JA ☐	NEIN ☐
FIEBERHAFTE INFEKTE/INFEKTIONSKRANKHEITEN	JA ☐	NEIN ☐
HAUTERKRANKUNGEN (wenn ja welche?) _____	JA ☐	NEIN ☐
GESCHLECHTSKRANKHEITEN	JA ☐	NEIN ☐
IMMUNDEFIZIENERKRANKUNG	JA ☐	NEIN ☐
HEPATITIS-ERKRANKUNG A,B,C,D,E,F	JA ☐	NEIN ☐
HIV-INFEKTION/POSITIV	JA ☐	NEIN ☐
ZUCKERKRANKHEIT/Diabetes Mellitus	JA ☐	NEIN ☐
SCHWANGERSCHAFT	JA ☐	NEIN ☐
MEDIKAMENTE, SUCHTMITTEL/ALKOHOL (wieviel getrunken?) _____	JA ☐	NEIN ☐
SONSTIGE Ursachen einer Immun Suppression	JA ☐	NEIN ☐
SONSTIGE ansteckende/degenerative Erkrankungen z.B. der Haut (z.B. Ekzeme) _____	JA ☐	NEIN ☐

Aufklärung unerwünschte Reaktionen, Nachbehandlung

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen.

Mögliche Komplikationen während oder nach dem Piercen:

Schmerzen, Missempfindung, Kreislaufprobleme, Allergien, Wundheilungsstörungen, Blutung, Hämatombildung, dauerhafte Narbenbildung, Infektionen, Gewebenekrose, Gefäßverletzungen, Zahnfleischschäden, Parodontose, Zahnverschiebung, Zahnschäden, Sprachprobleme, Nervenverletzung, vorübergehendes Taubheitsgefühl, dauerhaftes Taubheitsgefühl, Knorpelreizung, Knorpeldeformation, Abstoßreaktion, Thrombose, Embolie, Neurologische Ausfälle, Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen, Entzündung (Rötung, Schwellung, Lymphknotenschwellung)

Oftmals ist das Risiko des Herauswachsens des Schmuckes nicht einschätzbar. Wenn das Piercing herauswächst, können bleibende Narben entstehen.

Mir ist bewusst, dass es trotz der Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier, steriler Arbeitsweise und Durchführung des Piercing-Vorgangs zu Komplikationen kommen kann und medizinische Risiken nicht auszuschließen sind.

Bei Auftreten von Komplikationen werde ich mich unmittelbar mit dem Piercer in Verbindung setzen oder den Hausarzt oder die nächste Medizinische-Versorgungseinrichtung aufsuchen.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einem Piercing

Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein/e Erziehungsberechtigte/r anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung bezog sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, auf die Art und Weise der Durchführung und Anbringung des Schmucks und des Piercing-Vorgangs sowie auf die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann.

Ich habe die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich bestätige, dass ich über mögliche Kontraindikationen, die einem Piercing entgegenstehen könnten, ausführlich aufgeklärt wurde und, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Piercings aufgeklärt wurde.

Ich bestätige, die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Ich willige in die vom Piercer vorgesehene Anbringung des Piercings ein.

Name/Unterschrift von mir & ggf. meinem gesetzlichen Vertreter bzw. Eltern*; Ort/Datum

Den Pflegehinweis und die Kurzbeschreibung der erbrachten Leistungen, inklusive Chargennummern der verwendeten Materialien und Stoffe, für zu Hause (Anlage./1 und./2) habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen zur Vereinbarung über eine Auftragsverarbeitung nach Art 28 DSGVO gelesen und verstanden zu haben. Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Weiterführende Informationen zum Datenschutz entnehme ich der Datenschutzerklärung, die im Geschäftslokal ausgehängt ist oder auf [www.....](#) als Information bereitgestellt ist.

Unter 18 Jahren?

EINWILLIGUNG DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Betreffendes bitte ankreuzen

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden habe. Als Erziehungsberechtigte/r der/des oben genannten Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme des **Piercings** einverstanden.

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden habe. Als Erziehungsberechtigte/r der/des oben genannten Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme des **Durchstechens des/der Ohrläppchen/s** einverstanden.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Erziehungsberechtigten*

Ergänzungen:

Anlagen

Pflegehinweis (Anlage 1.)

Kurzbeschreibung der erbrachten Leistungen, Arbeitsdokumentation (Anlage 2.)

Einwilligung Foto Analog & Digital (Anlage 3.)