

Einverständniserklärung - Piercing

Name _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____ Ort _____

Ausweis Nr _____

Ich versichere folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten!

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Hämophilie (angeb. Störung der Blutgerinnung) | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Sind Sie im Moment Bluter (Blutverdünnungstherapie) | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Leiden Sie an Diabetes | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Haben Sie Hepatitis A, B oder C | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Sind Sie HIV positiv | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Leiden Sie an Hautkrankheiten oder Ekzemen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Haben Sie angeborene Immundefizienzerkrankungen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Andere Ursachen einer Immunsuppression | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Leiden Sie an Autoimmunerkrankungen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Haben Sie chronische Krankheiten, wie Epilepsie oder Asthma | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Haben Sie Geschlechtskrankheiten | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

Ich erkläre im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und frei betreffend jeglicher Beeinflussung durch berauschende Mittel (Drogen, Alkohol, Medikamente), sowie frei von jeglichem Zwang, Irrtum oder persönlichem Nichtwollen dem LEGUAN Tattoostudio den persönlichen Auftrag zur Anbringung eines Piercings erteilt zu haben.

Körperstelle _____ Schmuck _____

Ich bestätige ausdrücklich, auf jegliche medizinische Risiken wie Reizungen und Entzündungen der Haut im Umfeld des Piercings, ev. Unverträglichkeiten durch Metalle, Schädigung der Nerven, Abszess- und Fistelbildung aufgeklärt worden zu sein. Ebenso wurde ich über die Möglichkeit der Bildung von Narben oder Gewebsveränderungen nach bzw. bei der Entfernung, oder im Rahmen des Heilungsprozesses des Piercings informiert.

Insofern erkläre ich alle Risiken betreffend meiner körperlichen Unversehrtheit in Bezug auf die Anbringung des Piercings selbst zu tragen und weder gegenüber dem Piercenden, noch dem Leguan Tattoostudio irgendwelche Schadensansprüche zu stellen, die aus einem Risikobereich beim Einsetzen eines Piercings entstehen können.

Ich erkläre mich im Sinne des §84 Abs 1StGB damit einverstanden, dass der von mir beauftragte Piercer (Fachkraft für perkutanen Körperschmuck) bei der Durchführung des Piercings, einen Eingriff an meinen Körper vornimmt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass dieser Eingriff meinen Körper verletzt. Durch diese Einverständniserklärung entfällt die Rechtswidrigkeit der § 83, 84, 88 und 107.

Das Piercen darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Ich erkläre hiermit keine möglichen Kontraindikationen, wie etwa Hämophilie, Diabetes, Hepatitiden, HIV, Hautkrankheiten, Ekzeme, Allergien, angeborene Immundefizienzerkrankungen, andere Ursachen einer Immunsuppression, Autoimmunerkrankungen, Blutverdünnungstherapie, Geschlechtskrankheiten oder fieberhafte Infekte zu haben.

Ebenso wurde ich während der Beratung über die entsprechenden Richtlinien der Nachbehandlung bzw. Pflege des Piercings aufgeklärt. Ich wurde definitiv darauf hingewiesen, zumindest für den Zeitraum von drei Wochen weder Schwimmbäder, Süßwasserbäder oder Saunas, sowie Einrichtungen mit einem potentiell hohem Keimniveau zu benutzen. Ich habe eine schriftliche Pflege- und Handhabungsanleitung und eine Kopie der Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre, dass von Schäden, die aus der Nichteinhaltung von Pflege und Hygienerichtlinien resultieren keinerlei Haftungs- bzw. Schadensansprüche abgeleitet werden können.

Für meine Entscheidung hatte ich genügend Bedenkzeit und erteile durch meine Unterschrift die Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff.

Datum _____ Unterschrift _____

Erziehungsberechtigter _____

Ausweisnummer _____

Erfüllungsort für beide Teile ist der Standort des Betriebes, Neunkirchnerstrasse 44b, 2700 Wiener Neustadt . Die ausschließliche Zuständigkeit des Gerichtsstandortes Wiener Neustadt wird für sämtliche Rechtsstreitigkeiten aus diesem Vertrag vereinbart.

(Nur vom Piercer auszufüllen)

Anmerkung:

Sterilgutnummer Schmuck : _____

Sterilgutnummer Werkzeug : _____

Chargennummer Nadel : _____

Piercer: _____