



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit nach reiflicher Überlegung, Aufklärung und frei von Zwang, nachstehendes Piercing zu wünschen und mein Einverständnis zur Durchführung desselben zu erteilen:

Ich wurde in Kenntnis gesetzt, dass jedes Piercing eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und damit eine Körperverletzung darstellt, welcher ich hiermit ausdrücklich zustimme. Damit gehen auch bei sach- und fachgerechter Durchführung des Piercings und bei ordnungsgemäßer Nachsorge Risiken einher, die nicht vermeidbar sind.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich ein Piercing infiziert, es herauswächst, sich um das Piercing herum Wucherungen bilden oder sonst negative Begleiterscheinungen damit verbunden sind. Auch wenn diese Komplikationen sehr selten vorkommen und diese Komplikationen durch die Wahl des richtigen Schmucks, sterile Arbeitsumgebung und ordnungsgemäße Nachsorge minimiert werden können, so können sie dennoch nicht ausgeschlossen werden.

Soweit solche Komplikationen auftreten, werde ich unverzüglich einen Arzt aufsuchen. Ich wurde informiert, dass von einer sofortigen Schmuckentfernung ohne ärztliche Hilfe abzuraten ist. Ein Schmuckwechsel vor erfolgter Abheilung ist nicht empfehlenswert, da dies zu einem Wiederaufreißen des zum Teil bereits verheilten Stichkanals führen kann. Auch nach erfolgter Abheilung sollten die Schmuckentfernung und der Schmuckwechsel nur durch einen gewerblich befugten Piercer erfolgen.

Ich wurde informiert, wie das Piercing in den ersten Wochen zu pflegen ist. Ich wurde weiters davon in Kenntnis gesetzt, dass in den ersten 3 Wochen wegen der erhöhten Infektionsgefahr der Besuch von Sauna, Solarium, Freibädern und dgl. nicht empfehlenswert ist. Die Pflegehinweise wurden mir zudem in schriftlicher Form ausgehändigt.

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder wird bei Ihnen eine der folgenden Therapien durchgeführt (diese Abfrage ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften notwendig, um die Dienstleistung erbringen zu können):

| | JA | NEIN | ANMERKUNG |
|--|----|------|-----------|
| Hämophilie (Bluterkrankheit) | | | |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | | | |
| Hepatitis A,B,C,D,E,F,G,H | | | |
| HIV/AIDS | | | |
| Blutverdünnungstherapie (z.B. Aspirin) | | | |
| Hauterkrankungen (wenn ja, welche?) | | | |
| Ekzeme | | | |
| Allergien (z.B. Latex, Nickel, Alkohol,..) | | | |
| angeborene Immunschwächekrankheit | | | |
| Autoimmunerkrankungen | | | |
| Immunsuppressive Therapie | | | |
| Geschlechtskrankheiten | | | |
| akuter fieberhafter Infekt | | | |
| andere Erkrankungen (wenn ja, welche) | | | |
| liegt eine Schwangerschaft vor? | | | |



Ich befinde mich derzeit nicht in permanenter ärztlicher Behandlung und befinde mich nicht unter Einfluss von Drogen und/oder Alkohol bzw. anderer, die Wahrnehmung verändernde Medikamente oder Substanzen.

Ich bin in Kenntnis, dass aufgrund §4 BGBl. II Nr. 141/2003 (geändert durch das BGBl. II Nr. 261/2008 – herausgegeben am 21.07.2008) die Verpflichtung besteht, sowohl gesundheitliche sowie personenbezogene Daten zu erheben und diese für einen Zeitraum von 10 Jahren zu speichern. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt automationsgestützt.

Alle hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Dieses Dokument wird nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht ordnungsgemäß vernichtet. Ebenso werden nach dieser Zeit alle bei uns gespeicherten Daten gelöscht.

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. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.

Ich bestätige weiter, eine Ablichtung dieser Erklärung sowie eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistungen und die Chargennummern der verwendeten Stoffe erhalten zu haben.

- Hiermit erteile ich die Zustimmung zum Erhalt von Zuschriften (Post, E-Mails,..) ihres Unternehmens (Service, Werbung, Kundenumfragen). Diese Zustimmung kann jederzeit (per Mail, Telefon, Abmeldung im Newsletter,..) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Zusendung erfolgt in unregelmäßigen Abständen (max. 1x/Monat)
- Hiermit erteile ich die Zustimmung zur Verwendung der von meinem Piercing angefertigten Bilder

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wodurch bist du zu uns gekommen?

Website Google Flyer Freunde ich bin schon Kunde

Empfehlung von _____ Herold Zufall