



## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN**

Ich als Erziehungsberechtigte(r) der/s zu piercenden werde hiermit 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 mit meinem mündigen Minderjährigen unverzüglich einen Arzt (im Idealfall einen Dermatologen. Tag- und Nachtdienst mit dermatologischer Ambulanz bieten in Wien z.B. das Allgemeine Krankenhaus sowie das SMZ Ost) 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.

Wir verpflichten uns, den mündigen Minderjährigen darüber zu informieren, wie das Piercing in den ersten Wochen zu pflegen ist. Ich wurde 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 sowie die Notfalladresse des AKH werden dem mündigen Minderjährigen zudem in schriftlicher Form ausgehändigt.

Wir garantieren Ihnen die Durchführung des Piercings durch ausgebildetes Fachpersonal unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und ausschließlicher Verwendung von sterilen, geprüften Produkten.

Dieses Dokument ist eine Beilage und integrierender Bestandteil der Einverständniserklärung. Es gilt eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren. Nach dem Ende der Aufbewahrungspflicht wird dieses Dokument gemeinsam mit der Einverständniserklärung ordnungsgemäß entsorgt und es werden alle Daten gelöscht. Die Datenverarbeitung erfolgt automationsgestützt.

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_  
(Namen des Erziehungsberechtigten) die oben stehenden Ausführungen gelesen und  
verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigte(r) des/der Minderjährigen

\_\_\_\_\_

Erkläre ich mich ausdrücklich mit der Durchführung eines Piercings im DIE KLINIK Piercingstudio  
einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_