

'on

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

An folgender Stelle möchte ich mich piercen lassen: \_\_\_\_\_

**Gleichzeitig erkläre ich, dass ich nicht unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss stehe.**

	Ja	Nein
Ich bin körperlich gesund _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin Diabetiker _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin Bluter _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin künstlicher Bluter / Marcumar-Patient _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin Allergiker gegenüber _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Kreislaufprobleme _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin chronisch krank (z.B. HIV infiziert, Hepatitis, Leukämie, Krebs oder anderes) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin schwanger _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Ich werde mündlich über die Entfernung, Durchführung, Nachsorge und Narbenbildung sowie evtl. auftretende Komplikationen am Piercing-Tag aufgeklärt. Die schriftliche Information zur Nachpflege habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art gegenüber dem Studio oder ausführenden Person geltend machen werde.*

*Ich erkläre auch durch meine Unterschrift, dass ich aus freiem Willen an der oben angegebenen Stelle das Dermal Anchor / den Skin Diver entfernt haben möchte und alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden.*

**Personalausweis-Nr.:** \_\_\_\_\_ **gültig bis:** \_\_\_\_\_

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

Ja, ich möchte regelmäßig per Newsletter über Neuigkeiten informiert werden.  
Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich willige hiermit in die Speicherung der oben angegebenen Daten ausschließlich zur Beantwortung meiner Anfrage ein.  
Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.