



RIVERSIDE-INK
RIVERSIDE INK.CH

Einverständniserklärung Piercing

Name:

Vorname:

Beruf:

Strasse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Anmerkung

Hämophilie (Bluterkrankheit) JA NEIN

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) JA NEIN

Hepatitis A,B,C,D,E,F JA NEIN

HIV-Infektion JA NEIN

Diverse Hautkrankheiten (wenn ja, welche?) JA NEIN

Ekzeme JA NEIN

Allergien (wenn ja, welche?) JA NEIN

Immundefizienzerkrankungen JA NEIN

Blutverdünnungstherapie JA NEIN

Schwindelanfällen JA NEIN

Schwangerschaft JA NEIN

Alkohol / Drogen in den letzten 24 Stunden JA NEIN

Sonstiges

Informationen

All deine hier gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt!

Bei Nichtbeachten der Pflegeempfehlung können Komplikationen auftreten. Sollte das der Fall sein, dann komm doch direkt bei uns im Shop vorbei, damit wir es uns gemeinsam ansehen können.

Hiermit bestätige ich, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung aufgeklärt wurde und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegeanleitung ausgehändigt wurde.

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Was für ein Piercing?

Ort / Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:

Hiermit bestätige ich, die oben stehenden Ausführungen gelesen und verstanden zu haben und bin ausdrücklich mit der Vornahme einverstanden.

Als Erziehungsberechtigte(r) des/der minderjährigenerkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme eines Body-Piercings einverstanden.

Ort / Datum:

Unterschrift:

.....

.....