



BRUST ODER KEULE

Walk-Ins Piercing

Name	Geschlecht (Gender) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst.	Geburtstag (Birthday)
Adresse / Land (Address / Country)	Mobil (Mobile)	
	Festnetz (Landline)	
	Email	
Beruf (profession) Falls wir mal Deine professionelle Unterstützung gebrauchen können		
Bevorzugte Art der Kontaktaufnahme (preferred contact method) <input type="checkbox"/> Handy/SMS, <input type="checkbox"/> Email, <input type="checkbox"/> sonstige		
<p>Um mögliche individuelle Risiken rechtzeitig erkennen und einschätzen zu können, ist die sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen unerlässlich. Zutreffendes bitte ankreuzen:</p> <p>Ja Nein</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine Hauterkrankung (Neurodermitis, Schuppenflechte etc.).</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an Diabetes.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an Sarkoidose.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen Autoimmunerkrankungen.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich bin Asthmatiker.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich nehme Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, Aspirin, Heparin etc.).</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen folgende Allergien:</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. gegen Latex, Medikamente).</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe eine Herzerkrankung, Herzrhythmusstörung bzw. trage einen Herzschrittmacher.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe einen zu hohen bzw. zu niedrigen Blutdruck.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe Kreislaufprobleme und/oder neige zu Ohnmachtsanfällen.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine chronische Infektionskrankheit (z.B. AIDS, Hepatitis, MRSA).</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen andere schwerwiegende chronische Leiden (z.B. Epilepsie oder Lähmungen).</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen Erkrankungen, die zu einem geschwächten Immunsystem führen.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an Wundheilstörung.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich neige zu starker Narbenbildung.</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich stehe unter gerichtlicher Betreuung.</p> <p>Zusammenfassung:</p>		

Angaben zum Piercing:	
Piercer	Piercing
Preis	Stelle/Anmerkungen
Termin	

Zusätzliche Fragen:	
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits vergleichbare Piercings bzw. Modifications. Welche?	
<input type="checkbox"/> Bei vorherigen Piercings traten bei mir Probleme auf. Welche?	
<input type="checkbox"/> Ich habe nach meinem Termin eine Reise geplant. Wann, wie lange, wohin?	
<input type="checkbox"/> Ich hatte in letzter Zeit OPs bzw. es sind welche geplant. Wann, welche?	
<input type="checkbox"/> Ich treibe regelmäßig Sport. Welchen?	
<input type="checkbox"/> Ich bin bei der Arbeit häufig Dreck, Staub, Feuchtigkeit ausgesetzt.	<input type="checkbox"/> Ich arbeite körperlich schwer. <input type="checkbox"/> Bei meiner Arbeit sitze ich viel.
<input type="checkbox"/> Es besteht ein aktueller Tetanus-Schutz.	
<input type="checkbox"/> Ich habe heute Medikamente zu mir genommen. Welche?	
<input type="checkbox"/> Ich habe oder hatte Geschlechtskrankheiten. (STDs) Welche?	
<input type="checkbox"/> Ich habe Oberflächenanästhetika bzw. Kortison-Präparate aufgebracht. Welche? Wann?	
<input type="checkbox"/> Ich habe das 18te Lebensjahr vollendet.	<input type="checkbox"/> Ich erscheine mit Erziehungsberechtigten

Die Daten auf diesem Erfassungsbogen benötigen wir zur ordnungsgemäßen Durchführung unserer Arbeit.

Persönliche Aufklärung:

- Der Kunde wirkt verständnisvoll.
- Er wünscht keine weitere Aufklärung: hat Erfahrung
- Er erhält eine Aufklärung zu den Risiken und Nebenwirkungen aus der „**Einverständniserklärung Piercing**“ (Stand 14.10.2019)

Alle Fragen des Kunden wurden beantwortet. Folgende Dinge wurden dabei festgehalten:

Das Aufklärungsgespräch dauerte Minuten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zum Zeitpunkt des Termins (siehe oben) folgendes:

- Es bestehen keine akuten **Infektionskrankheit** (grippaler Infekt etc.).
- Ich habe in den letzten 24 Stunden **keinen Alkohol und keine Drogen** zu mir genommen.
- Ich habe auch keine anderen **Substanzen zu mir genommen**, die meine Wahrnehmung, meinen freien Willen oder mein Urteilsvermögen einschränken könnten.
- Die zu piercende Stelle weist kein **Narbengewebe** (jünger als 12 Monate) oder Keloidnarben auf.
- Ich habe mich in den letzten 12 Monaten keiner **Strahlentherapie** unterzogen.
- Ich bin ausgeschlafen und habe ausreichend **gegessen und getrunken**.

Über das geplante Piercing wurde ich (siehe obige Angaben) in einem Gespräch mit dem Piercer/Berater (siehe Unterzeichner rechts) ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, insbesondere über den Piercingvorgang und über mögliche Risiken und Nebenwirkungen, stellen. **Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich umfassend informiert.**

Ich bestätige, dass ich die ausliegende "**Aufklärung zur Einverständniserklärung Piercing**" (**Stand 14.10.2019**) zur Kenntnis genommen und verstanden habe und nach angemessener Bedenkzeit in alle Punkte unter der Überschrift "Einwilligung" und damit in das von mir gewünschte Piercing einwillige. Zudem bestätige ich, dass alle von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Ich willige in die **allgemeinen Geschäftsbedingungen (Stand 14.10.2019)** von Brust oder Keule Tattoo&Piercing ein.

Ich willige in die ausliegende **DS-Vereinbarung (Stand 14.10.2019)** von Brust oder Keule Tattoo&Piercing ein.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

ggf. Erziehungsberechtigter

Erklärung des Piercers:

Ich bestätige, dass das Piercing unter hygienischen Bedingungen und der Verwendung von geeigneten sterilen Instrumenten und sicheren Verfahren durchgeführt wird. Ich bestätige, dass dem Kunden eine Kopie der unterschriebenen Einverständniserklärung angeboten wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Piercer