



## Einverständniserklärung / Piercing

### Persönliche Angaben / Kunde:

Vorname, Nachname:	
Geburtsdatum:	
Personalausweis-Nr.	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon / Mobil:	
Email:	

### Ich habe / Ich bin (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> HIV		
<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Diabetis		<input type="checkbox"/> Ich nehme Macumar o.ä.
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/> Ich nehme ASS / Aspirin o.ä.
<input type="checkbox"/> Allergie (Art angeben!):		
<input type="checkbox"/> Wundheilstörung		
<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme		
<input type="checkbox"/> Asthma		
<input type="checkbox"/> Schwanger		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

**Ich wünsche mir (ein) Piercing(s) an folgender Stelle (bitte ankreuzen):**

<b>0 Ohr</b>	<input type="checkbox"/> Daith	<input type="checkbox"/> Tunnel	<input type="checkbox"/> Tragus	<input type="checkbox"/> Conch	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Helix	<input type="checkbox"/> Rook	<input type="checkbox"/> Orbital	
	<input type="checkbox"/> F. Helix				
<b>0 Augenbraue</b>					<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
<b>0 Mund</b>	<input type="checkbox"/> Lippe	<input type="checkbox"/> Zunge	<input type="checkbox"/> Lippenband	<input type="checkbox"/> Madonna	
	<input type="checkbox"/> Philtrum	<input type="checkbox"/> Labret	<input type="checkbox"/> Medusa	<input type="checkbox"/> Snakebites	
	<input type="checkbox"/> Jestrum	<input type="checkbox"/> Ashley			
<b>0 Nase</b>	<input type="checkbox"/> Septum	<input type="checkbox"/> Septril	<input type="checkbox"/> Austin	<input type="checkbox"/> Nostril	
	<input type="checkbox"/> Nasallang				
<b>0 Bauchnabel</b>					<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
<b>0 Brustwarze</b>					<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
<b>0 andere</b>	<input type="checkbox"/> Dermal Anchor		<input type="checkbox"/> Skin Diver		

Beschreibung: \_\_\_\_\_

Ich versichere mit meiner Unterschrift hier, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind, dass mir eine separate Aufklärung, Pflegehinweise und ein Anzahlungsbeleg überreicht wurden, sowie eine ausführliche, mündliche Vorbesprechung mit dem Piercer stattgefunden hat:

(Datum) (Unterschrift / Kunde)

Angaben / Piercer:

Ich habe mir einen Eindruck von dem gesundheitlichen Zustand (inkl. Erkrankungen und Allergien) des KUNDEN gemacht und sehe keinen Grund das Piercing nicht vornehmen zu können.

(Stempel / Unterschrift)