



Einverständniserklärung

Persönliche Angaben / Kunde:

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

Ich habe / Ich bin (bitte ankreuzen):

| | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|
| 0 HIV | | |
| 0 Hepatitis | | |
| 0 Diabetis | | 0 Ich nehme Macumar o.ä. |
| 0 Herzschrittmacher | | 0 Ich nehme ASS / Aspirin o.ä. |
| 0 Allergie (Art angeben!): | | |
| 0 Wundheilstörung | | |
| 0 Kreislaufprobleme | | |
| 0 Asthma | | |
| 0 Schwanger | | |
| 0 Sonstige: | | |

Ich wünsche mir eine Tätowierung an folgender Stelle (bitte ankreuzen):

| | | | | | |
|---------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--|
| 0 Arm | 0 Ober- | 0 Unter- | 0 Innen- | 0 Ellenbogen | 0 Rechts 0 Links |
| 0 Schulter(-blatt) | | | | | 0 Rechts 0 Links |
| 0 Brust | 0 Sternum | 0 Chestpiece | 0 Underchest | 0 Bauch | 0 Rechts 0 Links |
| 0 Rücken | 0 Oberer | 0 Unterer | 0 Backpiece | | |
| 0 Beine | 0 Oberschenkel | 0 Knie | 0 Wade | | 0 Rechts 0 Links 0 vorne 0 hinten |
| 0 Sonstige | 0 Rippenbogen | 0 Hüfte | 0 Becken | 0 Po | 0 Rechts 0 Links |

Motiv-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 Tätowierer stattgefunden hat:

(Datum) (Unterschrift / Kunde)

Angaben / Tätowierer:

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

(Stempel / Unterschrift)