

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Personalausweisnummer:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

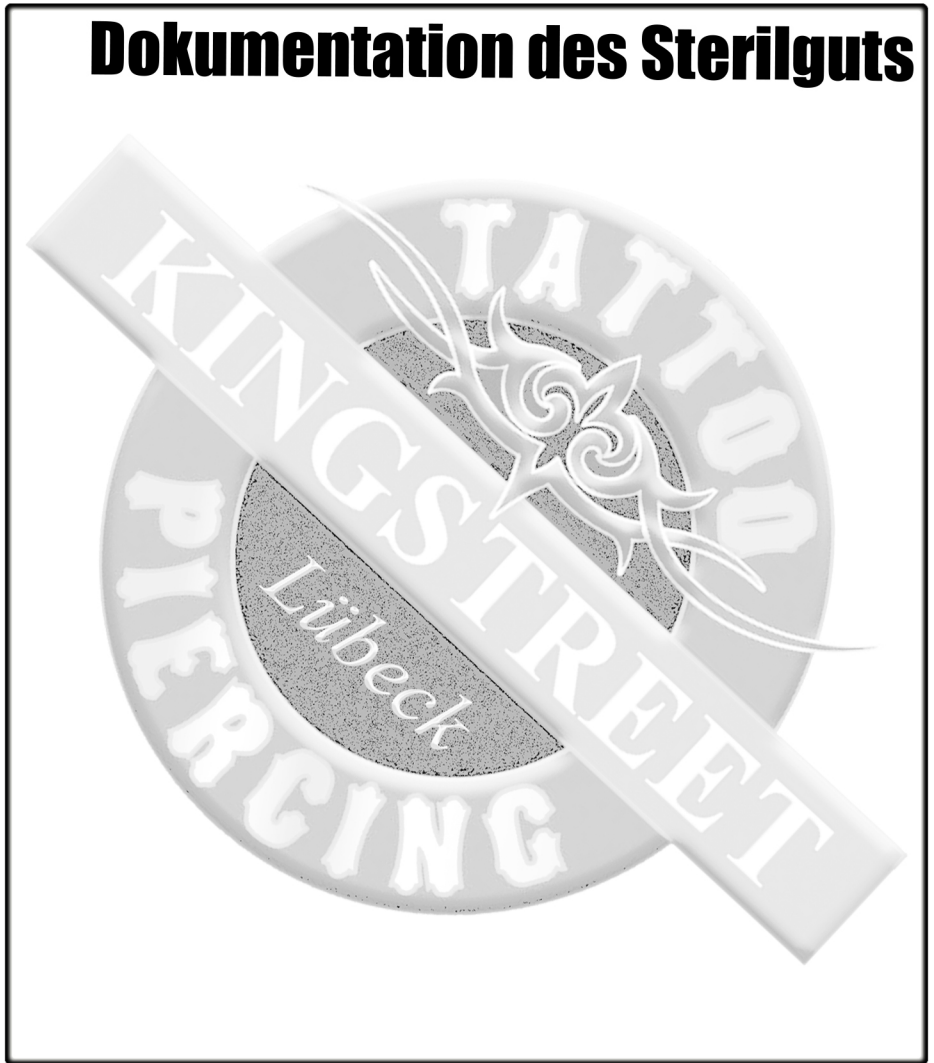
Plz-Ort:

Handynummer:

Email:

Piercing Art:

## Dokumentation des Sterilguts



Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich von einem Mitarbeiter des Kingstreet Tattoo & Piercing Studios unter Einhaltung üblicher Regeln, sowie der Hygieneverordnung vom 01.10.2000, aus freiem Willen gepierct werden möchte. Gleichzeitig erkläre ich, dass ich nicht unter Alkohol- Drogen- oder Medikamenteneinfluss stehe. Ich bin darüber informiert worden, dass es trotz sorgfältiger Durchführung zu Infektionen oder allergischen Reaktionen kommen kann. In diesem Fall suche ich unverzüglich einen Arzt auf. Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art gegen das ausführende Studio, sowie Lieferanten geltend machen werde. Die Information zur Pflege nach dem Eingriff sind mir bekannt.

Datum:

Unterschrift:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, den oben aufgeführten Eingriff bei meiner minderfähigen Tochter/Sohn durchführen zu lassen. Ich bin mir bewusst, dass ich durch eine falsche Unterschrift eine Urkundenfälschung begehe die gegen mich zu einer Anzeige gebracht werden kann.

Name:

Straße:

PLZ-Ort:

Personalausweisnummer:

Unterschrift: