

Einverständniserklärung zum Ohrlochstechen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch ein Ohrloch gestochen wird. Ich habe die nachfolgenden Informationen gelesen und verstanden. Ich bin bereit, die durch den Ohrlochstechvorgang hervorgerufenen Komplikationen vorzubeugen.
Mit meiner Unterschrift stimme folgenden Aussagen zu:

Name:

.....

.....

Vorname:

.....

.....

Strasse/ PLZ Wohnort:

.....

.....

Geburtsdatum:

- Ich befinde mich aus keinerlei Gründen in ärztlicher Behandlung, durch welche es mir untersagt wäre, mir ein Ohrloch stechen zu lassen. Sollte ich mich in ärztlicher Behandlung befinden oder schwanger sein, habe ich die Erlaubnis meines behandelnden Arztes eingeholt, mir ein Ohrloch stechen zu lassen.
- Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein.
- Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen oder Alkohol.
- Mir wurde eine Kopie der Pflegeanleitung ausgehändigt, die ich gelesen und verstanden habe. Ich bin mir über die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichenden Nachpflege, Metallunverträglichkeit oder anderer Gründe bewusst, wobei die häufigste Ursache in der nicht sorgfältigen Einhaltung der empfohlenen Pflegeanleitung liegt.
- Ich bin mir bewusst, dass sich beim Durchstechen von Knorpelgewebe das Risiko von Rötungen, Schwellungen und Infektionen aufgrund der natürlichen Beschaffenheit dieses Bereichs und/oder unzureichender Nachpflege erhöht, wobei es zu bleibenden Schäden des durchstochenen Knorpelbereichs kommen kann. Ich nehme das Risiko wesentlich auf mich.
- Ich bin mir bewusst, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund der äusseren Umstände erhöht, wenn die frisch durchstochene Haut Umwelteinflüssen wie z.B. beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird. Ich verpflichte mich, der Pflegeanleitung sorgfältig Folge zu leisten.
- Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren mit sterilen Ohrsteckern durchstochen werden.
- Ich bin mir bewusst, dass ein Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist, und somit Arzt und Spalkosten nicht kassenpflichtig sind und selber übernommen werden müssen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich älter als 18 Jahre, bzw. bei unter 18 jährigen ein Elternteil/gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen, bin. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei einer fälschlich geleisteten Unterschrift um Betrug handelt.

- Bewusstsein der möglichen Risiken, erkläre ich mich einverstanden, mir Ohrlöcher durch einen Angestellten des unten genannten Dienstleisters stechen zu lassen. Ich befreie den unten genannten Dienstleister von jeglicher Verantwortung für sämtliche Verletzungen oder Schäden, die als direkte oder indirekte Folge durch das Ohrlochstechen entstehen können.
- Indem ich als Elternteil oder gesetzlicher Vertreter für einen Minderjährigen unterzeichne, übernehme ich die Verantwortung und verzichte auf etwaige Ansprüche gegenüber den Dienstleister, Vertreiber und Hersteller im Falle irgendwelcher Komplikationen die als direkte oder indirekte Folge des Stechvorgangs erfolgen können. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei falschen Angaben um Betrug handelt.

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er/ sie dieses Formular gelesen hat und vollumfänglich damit einverstanden ist.

Die Kundin/ der Kunde bzw. der gesetzliche Vertreter (bei Personen unter 18 Jahren) entbindet den Dienstleister

Stempel:

.....
Apotheke Drogerie Späni (Visum Mitarbeiter/in)

Von sämtlicher Haftung für Schäden, welche als Folge des Ohrlochstechens direkt oder indirekt entstehen können.

.....Name/ Vorname

Unterschrift der Kundin/ des Kunden bzw. gesetzlicher Vertreter (bei Personen unter 18 Jahren)

.....

.....Ort/ Datum

Quelle: Zanella Fashion Design GmbH, 6330 Cham