

# Einverständnis-Erklärung

Name .....

Strasse .....

Ort .....

Geburtsdatum .....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf Wunsch hin ein Ohrloch gestochen wird. Ich habe die nachfolgenden Informationen gelesen und verstanden und erkenne deren Notwendigkeit an, um möglichen, durch den Stechvorgang hervorgerufenen Komplikationen vorzubeugen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäss wie folgt:

-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, z.B. 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 Blut verdünnenden Medikamente ein.

-Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen oder Alkohol.

-Es wurde mir erklärt was ich zu beachten habe.

-Ich bin mir über die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender 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 Durchstehen von Knorpelgewebe(einschließlich Ohrmuschel/Tragus) 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 dieses Risiko wissentlich 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 in öffentlichen Gewässern oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird.

Ich verpflichte mich, der Pflegeanleitung sorgfältig Folge zu leisten.

-Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren mit sterilmedizinischen Ohrsteckern durchstochen werden.

-Ich bin mir bewusst, da ein Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist, und somit Arzt und Spitalkosten 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.

-Im Bewusstsein der möglichen Risiken, erkläre ich mich einverstanden, mir Ohrlöcher durch einen Angestellten des unten genannten Dienstleisters stechen zu lassen. Ich befreie 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 gegen 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 Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er dieses Formular gelesen hat und vollumfänglich damit einverstanden ist.**

**Die Kundin/der Kunde (Gesetzliche Vertreter) entbindet den Dienstleister von sämtlicher Haftung für Schäden, welche als Folge des Ohrlochstechens direkt oder indirekt entstehen können.**

Datum.....Unterschrift: .....