

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

für ein Piercing  
an der Körperstelle: -----

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen:

Vor- & Nachname: -----

Geburtsdatum: -----

Straße / Nr.: -----

PLZ / Ort : -----

Telefonnr. / E-Mail : -----

Ich bestätige hiermit, dass ich über 18 (14 mit Einverständnis des Erziehungsberechtigten) Jahre alt bin und vor Unterzeichnung dieser Erklärung über mögliche Risiken und Komplikationen aufgeklärt wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper ein „Body-Piercing“ angebracht wird und wurde über die Art der Durchführung, der Anbringung des Piercings und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen und Narbenbildung verbunden ist, aufgeklärt.

Bei Nichtbeachten der Pflegeempfehlung können Komplikationen an der gepiercten Körperstelle auftreten. Im Falle von Komplikationen nach dem erfolgten Piercingvorgang ist jedenfalls ein Arzt aufzusuchen.

Von einer selbständigen Entfernung des Piercing-Schmuckstückes wird abgeraten, da dies zu Verletzungen und Entzündungen der betroffenen Körperstelle führen kann. Die Entfernung des Piercing-Schmuckstückes sollte ausschließlich durch eine(n) gewerblich befugte(n) Piercer\*in erfolgen, da diese(r) über die notwendigen Instrumente verfügt.

Eine Wiederanbringung des Schmuckstückes nach der Entfernung ist nicht mehr möglich.

Sollte dies trotzdem versucht werden, so sind Verletzungen und Entzündungen an der betroffenen Körperstelle zu erwarten.

Ich habe mich davon überzeugt, dass die zur Durchführung notwendigen Instrumente desinfiziert, steril verpackt und sterilisiert sind. Dieser Eingriff wird auf meinen eigenen Wunsch hin ausgeführt. Ich akzeptiere, dass das ausführende Studio keinerlei Haftung für die Folgen des Piercens und den Heilungsprozess übernimmt und werde keine rechtlichen Schritte gegen dieses geltend machen. Ich verzichte vorsorglich auf jegliche Ansprüche.

Ich bin damit einverstanden, dass für Dokumentations- und Werbezwecke Fotos von mir und meinem Piercing gemacht werden. Weiters erlaube ich, dass ich namentlich genannt und mein Social Media Profil verlinkt werden darf. Die Bildrechte liegen bei SCHMUCKES MAEDCHEN. Ich, der/die Abgebildete erteile hiermit meine ausdrückliche Zustimmung zu Bildaufnahmen meiner Person. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmung unentgeltlich erfolgt.

Weiters erteile ich mein Einverständnis, dass diese Bildaufnahmen zum Zweck der Berichterstattung, Bewerbung, Nachberichterstattung, Dokumentation und Aufklärung in Zeitungen und Zeitschriften sowie auf den Social Media Kanälen und der Website von SCHMUCKES MAEDCHEN veröffentlicht werden können. All dies gilt bis auf Widerruf unter [schmuckesmaedchen@mariascharl.com](mailto:schmuckesmaedchen@mariascharl.com)

Ich stimme zu, dass meine Daten: Name, Geburtsdatum, Adresse, Email, Social Media Namen, Legitimationsdaten, Telefonnummer, Dokumentation der Behandlungen, Kontraindikationen zum Zweck der Durchführungen von Behandlungen, Kontaktpflege, Zusendung von Werbematerial über die Produkte und Serviceleistungen, Erinnerungen, Terminauswertungen, Datenevaluierungen von „SCHMUCKES MAEDCHEN“ verarbeitet und für 30 Jahre gespeichert.

Ich bin damit einverstanden, dass ich Zusendungen, auch Werbezusendungen, per E-Mail, Social Media und/oder Telefon erhalte. Diese Einwilligung kann jederzeit unter [schmuckesmaedchen@mariascharl.com](mailto:schmuckesmaedchen@mariascharl.com) unter Angabe meiner Daten widerrufen werden.

Das Body-Piercing darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine dem Piercing entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist die wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen Voraussetzung für die Durchführung des Piercings.

**Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand:**

	JA	NEIN	ANMERKUNG
Ich habe heute gegessen & getrunken			
Stehen sie unter Drogen- / Alkoholeinfluss			
Hepatitis A, B, C, D, E, F			
HIV-Infektion			
Hämophilie (Blutgerinnungsstörung)			
Allergien			
Asthma			
Diverse Hautkrankheiten			
Ekzeme			
Epilepsie			
Diabetes mellitus			
Blutverdünnungstherapie			
Angeborene Immundefizienzerkrankung			
Immunsuppression			
Geschlechtskrankheiten			
Fieberhafte Infekte			
andere chronische oder akute Erkrankungen			
Schwangerschaft			
Antibiotikum / Aspirin andere Medikamente, oder Krankheiten. wenn ja welche?			

Ich bestätige, dass ich ausführlich über die richtige Nachbehandlung des Piercings aufgeklärt und mir eine schriftliche Ausführung der Pflegevorschriften ausgehändigt wurde.

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

Ich bestätige weiter, dass ich eine Ablichtung bzw. Zweitschrift dieser Einverständniserklärung und eine Kurzbeschreibung der erbrachten Leistung und die Chargennummern der verwendeten Materialien erhalten habe.

EINGRIFFSDOKUMENTATION: (von der Piercerin auszufüllen)

NADEL: \_\_\_\_\_ IMPLANTAT: \_\_\_\_\_

MARKER: \_\_\_\_\_

UNTERLAGE: \_\_\_\_\_

TUPFER: \_\_\_\_\_

KLEMME (opt.) \_\_\_\_\_

DATUM & UNTERSCHRIFT : \_\_\_\_\_