



Erzherzog – Karl Straße 76A 1220 Wien Tel: 0664-86 45 190

*** EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ***

Name: _____	
Geboren am: _____	
Adresse: _____	
Plz.Ort: _____	
Telefonnummer: _____	Email: _____

Die Voraussetzung gepierct zu werden ist, dass du gesund bist. Daher bitten wir dich folgende Fragen **ehrlich** zu beantworten. (Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt)

Leidest du an einer der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hämophilie (Bluterkrankheit)	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Hepatitis A, B oder C	Ja	Nein
HIV-Infektion	Ja	Nein
Diverse Hautkrankheiten; Ekzeme	Ja	Nein
Allergien: welche?	Ja	Nein
Autoimmunerkrankungen	Ja	Nein
Geschlechtskrankheiten	Ja	Nein
Akuter fieberhafter Infekt	Ja	Nein
Andere akute Erkrankung	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Liegt eine Schwangerschaft vor?	Ja	Nein
Musst du dauerhaft Medikamente einnehmen? Wenn ja welche?	Ja	Nein

Ich bestätige, dass ich mich aus freiem Willen Piercen lasse. Außerdem bin ich über mögliche Risiken und Nachbehandlung eines Piercings aufgeklärt worden.

Ich habe eine schriftliche Pflegeempfehlung erhalten.

Ich bestätige auch, dass ich die Pflegeempfehlung gelesen und verstanden habe. (Leider haben wir keine Kontrolle darüber, ob die Person nach dem Piercen alle wichtigen Aspekte der Nachpflege befolgt, daher übernehmen wir für Pflegefehler keine Verantwortung.)

Alle meine noch offenen Fragen wurden zur Gänze und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

_____	_____
Datum	Unterschrift

Einwilligung der Erziehungsberechtigten (unter 18 Jahren)

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden habe.

Als Erziehungsberechtigte/r der/ des Minderjährigen _____ erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme des Piercings einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift