



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

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

Die Voraussetzung tätowiert 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 tätowieren lasse. Außerdem bin ich über mögliche Risiken (Reizungen und Entzündungen der Haut) und Nachbehandlung eines Tattoos aufgeklärt worden.

Ich habe eine schriftliche Pflegeempfehlung erhalten.

Ich bestätige auch, dass ich die Pflegeempfehlung gelesen und verstanden habe. (Wir haben leider keine Kontrolle darüber, ob die Person nach dem Tätowieren alle wichtigen Aspekte der Nachpflege befolgt)

Ich erkläre alle Risiken betreffend meiner körperlichen Unversehrtheit in Bezug auf die Anbringung des Tattoos selbst zu tragen und weder gegenüber dem Tätowierer, noch der Fa.

Pierce-Style irgendwelche Schadensersatzansprüche zu stellen, die aus einem Risikobereich der Anbringung des Tattoos entstehen können.

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

_____	_____
Datum	Unterschrift