

Einverständniserklärung zur Entfernung von Dermal Anchor und Skin Diver

Vorname / Nachname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum _____

An folgender Stelle möchte ich das Dermal Anchor / den Skin Diver entfernen lassen.

Körperstelle: _____ Preis: _____

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich nicht unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss stehe.

	Ja	Nein
Ich bin körperlich gesund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung (Bluter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin chronisch krank (z.B. Hepatitis, HIV-positiv, Krebs, Leukämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauterkrankungen (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsystemstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
akute Herz- / Kreislaufprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstlicher Bluter (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Aggrenox)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind Sie in der Stillzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die oben stehenden Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Ich werde mündlich über die Entfernung, Durchführung, Nachsorge und Narbenbildung sowie evtl. auftretende Komplikationen in der Piercingkabine aufgeklärt. Die schriftliche Information zur Nachpflege habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Weiterhin erkläre ich, dass ich auftretenden Komplikationen keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art gegenüber dem Studio oder der ausführenden Person geltend machen werde. Ich erkläre auch durch meine Unterschrift, dass ich aus freiem Willen an der oben angegebenen Stelle das Dermal Anchor / den Skin Diver entfernt haben möchte und alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden.

- Ich stimme den Datenschutzbestimmungen zu.
 Ja, ich möchte regelmäßig per Newsletter über Neuigkeiten und Angebote informiert werden.

Meine E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift

Mit Ihrer Einwilligung in den Newsletterversand erklären Sie sich damit einverstanden, dass die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse elektronisch erfasst und gespeichert wird. Sie wird ausschließlich für den Versand unseres Newsletters verwendet. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, z.B. durch Abbestellen über den dafür vorgesehenen Abmeldelink im Newsletter.

Vom Studio auszufüllen:

Charge-Nr. / Datum : _____

Piercer/-in + Artikel-Nr.: _____