

## Einverständniserklärung

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper ein Tattoo vorgenommen wird.**

Körperstelle: \_\_\_\_\_ Tattoo-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 das Tattoo, dessen Durchführung und Nachsorge sowie evtl. auftretende Komplikationen in der Tattokabine aufgeklärt. Die schriftliche Information zur Nachpflege habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Weiterhin erkläre ich, dass ich bei 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 tätowiert werden 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 Newslettersend 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.: \_\_\_\_\_