

Einwilligungserklärung für ein Tattoo oder Piercing

Tattoo Piercing

Name / Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/ Ort: _____

Tel Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

e-mail: _____ Piercing-Tattoostelle: _____

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
Bist du Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehst du unter Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehst du unter Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musst du Medikamente nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Hämophilie (Bluter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter einer Infektion (HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, unter welcher _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, mich bei Grischa-Piercing, piercen oder tättoowieren zu lassen. Ich wurde über die Pflege und mögliche Risiken aufgeklärt und halte mich deshalb an die Anweisungen der Pflegeanleitung.

Ich bestätige, dass ich 16 Jahre alt bin oder die Zustimmung meiner Eltern habe, die unten mitunterschrieben haben.

Zum Zeitpunkt des Piercings oder Tattoos bin ich in psychisch und physisch guter Verfassung.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Grischa-Piercing, Gürtelstrasse 11, 7000 Chur
079 268 96 71 www.grischa-piercing.ch