

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM OHRLOCHSTECHEN

Kundenname: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail(optional): _____

*Anmerkungen _____

*(Ausgefüllt von Mitarbeiterinnen)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir bzw. meinem Kind auf meinen Wunsch ein bzw. mehrere Ohrlöcher gestochen werden. Ich habe die nachfolgenden Informationen über das Ohrlochstechen gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Kunde/Kundin) wie folgt:

- Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie, Schwindelgefühl noch an einer Herzerkrankung. Ich nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein.
- Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen und/oder Alkohol.
- Mir wurde der Abschnitt der Pflegeanleitung ausgehändigt, die ich gelesen und verstanden habe.
- Ich kenne die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Materialunverträglichkeit oder anderen Gründen, wobei die häufigste Ursache, in der nicht sorgfältigen Einhaltung der empfohlenen Pflegeanleitung liegt. (Deshalb sollte der Pflegeanleitung Folge geleistet werden, um bleibende Schäden zu vermeiden.)
- Ich weiß, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund äußerer Umstände erhöht, wenn das frisch durchstochene Ohr Umwelteinflüssen wie z. B. hoher Sonneneinstrahlung, beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird.
- Ich erkläre hiermit, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin bzw. bei unter 18-jährigen, dass ich ein Elternteil oder gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen bin. Ich weiß, dass ich bei diesbezüglichen Falschangaben haftbar gemacht werden kann.
- Ich befreie Feinstück Raum (A. Moldaliev) von jeglicher Verantwortung für sämtliche Schäden, die als direkte oder indirekte Folge durch den Ohrlochstechvorgang entstehen können und verzichte auf etwaige Ansprüche gegen das Geschäft.
- Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass mir das/die Ohrläppchen durchgestochen werden. Ich übernehme die vollständige Verantwortung für mich. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Unterschrift Kunde

Datum

Weitere Erklärungen für Elternteil/Erziehungsberechtigter/gesetzlichen Vertreter bei unter 18-jährigen*:

- Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass dem oben genannten Minderjährigen das/die Ohrläppchen durchgestochen werden. Ich übernehme die vollständige Verantwortung für den oben genannten Minderjährigen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Name und Unterschrift eines Elternteils/Erziehungsberechtigter bei unter 18-jährigen

Datum

* Beim Ohrlochstechen müssen die Eltern allerdings bis zum vollendeten 16. Lebensjahr anwesend sein!

**Bei Personen unter 18 Jahre ohne Begleitung muss eine Ausweiskopie des Erziehungsberechtigten vorliegen!

Datenschutz ist für uns sehr wichtig! Eine weitere Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten findet nicht statt. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte oder eine Nutzung Ihrer Daten zu Werbezwecken ohne Ihre Einwilligung findet niemals statt. Die personenbezogenen Daten der betroffenen Person werden vernichtet, sobald der Zweck der Aufbewahrung entfällt.