

# VERZICHTSERKLÄRUNG

## Für Piercing + Microdermal



Zwischen JP'S BODYART PIERCING'S, Hauptstrasse 33, 9424 Rheineck und

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen,angaben zum gesetzlichen Vertreter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Das wir dich optimal beraten und bedienen können, beantworte mir bitte folgende Fragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und ausser unseren Mitarbeitern keinen anderen Personen zugänglich gemacht.

Art des gewünschten Piercing's : \_\_\_\_\_

Hast du in den vergangenen 8 Stunden Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigst du zu Ohnmachtsanfällen(z.B. Epilepsie oder anders) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigst du zu starken Blutungen oder bist du Bluter ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hast du Blutverdünnungsmittel eingenommen (z.B. Aspirin) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hast du Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hast du in den letzten 24 Stunden Schmerzmittel eingenommen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hast du Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift verzichte ich und meine Angehörigen auf alle gesetzlichen und auch Güter betreffende Schadenersatzansprüche, gegenüber JP'S BODYART PIERCING'S und seinen Vertretern, die mir durch das gewünschte Piercing entstehen können.

Ich wurde vorher über alle möglichen Risiken aufgeklärt, versichere dass ich die Nachpflegeinstruktionen befolge, bis die Heilung abgeschlossen ist und bestätige mit meiner Unterschrift diese Verzichtserklärung gelesen und verstanden zuhaben.

Ort, Datum, Unterschrift

---