Einverständnis-Erklärung

Name	.....	Strasse	.....
Vorname	.....	Ort	.....
Geb. Datum	.....		
Artikelnummer	.....	LOT Nummer	.....

Einverständniserklärung zum Ohrlochstechen
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf meinen Wunsch ein bzw. mehrere Ohrlöcher gestochen werden. Ich wurde in einem aufklärenden Gespräch über die Risiken beim Durchstechen von Ohrläppchen/ Ohrknorpel informiert und habe die nachfolgenden Informationen gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Kunde) wie folgt:
Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV Hämophile, Schwindelgefühl noch an einer Herzerkrankung. Ich nehme keine Blut verdünnenden Medikamente ein. Ich bin mir bewusst, dass, wenn ich eine der oben genannten Medikamente nehme oder ein zuvor genanntes oder ein anderes medizinisches Problem habe, das Ohrpiercing ein grösseres Risiko für mich birgt, so dass ich vor dem Piercing einen Arzt konsultieren muss. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen und / oder Alkohol.

Mir wurde eine Pflegeanleitung ausgehändigt, die ich gelesen und verstanden habe. Es liegt allein in meiner Verantwortung, die Pflege-Anweisungen zu befolgen. Ich kenne die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Pflege, 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. Mir ist bewusst, dass die Nachsorge variiert, je nachdem, ob das Ohrläppchen oder der Ohrknorpel durchstochen wurde. Ich habe die Unterschiede zur Kenntnis genommen.

Ich bin mir bewusst, dass sich beim Durchstechen von Ohrknorpel das Risiko von Rötungen, Schwellungen, Infektionen und Narbenbildung aufgrund der natürlichen Beschaffenheit dieses Bereiches und / oder unzureichender Nachpflege erhöht, wobei es zu bleibenden Schäden des durchstochenen Ohrknorpels kommen kann. 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.
Mir ist bewusst, dass ein Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist, und somit Arzt- und Spitalkosten nicht kassenpflichtig sind und selber übernommen werden müssen.

Ich erkläre hiermit, dass ich 18 Jahre oder älter bin bzw bei unter 18 jährigen ein Elternteil/gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen bin. Ich weiss, dass ich bei diesbezüglichen Falschangaben haftbar gemacht werden kann. Ich befreie den Dienstleister von jeglicher Verantwortung für sämtliche Schäden, die als direkte oder indirekte Folge durch den Ohrlochstechvorgang entstehen können und verzichte auf etwaige Ansprüche gegen das genannte Geschäft sowie den Vertreter oder Hersteller.

Weitere Erklärungen: Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass mir bzw. dem genannten Minderjährigen das / die Ohrläppchen bzw. der/die Ohrknorpel durchstochen werden. Mögliche Risiken wurden mir ausführlich erklärt. Ich Übernehme die vollständige Verantwortung für mich bzw. für den genannten Minderjährigen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ort/Datum: .....

Name und Unterschrift Kunde / Kundin: ....

Name und Stempel Dienstleister: .....

.....