



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

PIERCING / DEHNUNG (HAUT- UND KNORPELBEREICHE)



PERSONALIEN Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Nachname		Vorname	
Straße Hausnr.		PLZ Wohnort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum	Alter	Beruf	

WIRD VOM STUDIO / VON DER FACHKRAFT AUSGEFÜLLT

Datum	Kunden-Nr.			
Art und Körperstelle des Piercings / der Dehnung				
Es wird folgender steriler Schmuck eingesetzt (Produkt-Code)				
Protokolle, Charge	1	2	3	4
SCHMUCK				
	Komplikationen			

EIGENDOKUMENTATION

- Der Kunde / die Kundin wirkt verständnisfähig.
- Der Kunde / die Kundin wünscht keine weitere Aufklärung, da er/sie bereits Erfahrung hat kein Interesse daran hat.
- Der Kunde / die Kundin erhält ein Aufklärungsgespräch mit der Erläuterung folgender Punkte:
 - 1) Mögliche Belastungen während des Eingriffs
 - Schmerzen Blutungen Kreislaufkrisen bis zur Bewusstlosigkeit allergische Reaktionen auf verwendete Materialien
 - 2) Mögliche Entzündungen und deren Folgen
 - Infektionszeichen (Rötung, Schwellung, Schmerz, Erwärmung) Lymphknotenschwellungen Lymphknoten- oder Gefäßentzündungen
 - Blutvergiftung Abszess Empyem
 - 3) Mögliche Schädigungen, die bei dem Eingriff entstehen können
 - Verletzung von Blutgefäßen Blutungen Bluterguss Verletzung von Nervenenden
 - 4) Informationen über Spätisiken
 - dauerhafte Narbenbildung Knorpelschäden/ -deformierung Nekrosen Keloidbildung
 - Zahnschäden/ -fehlstellungen Sprachstörungen Parästhesien Fistelbildungen
- Alle Fragen des Kunden / der Kundin wurden beantwortet. Das Aufklärungsgespräch dauerte Minuten.

UNTERSCHRIFT PIERCING-FACHKRAFT

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß.
Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen und stellen eine Straftat dar.



- 1 Sind Sie schon gepierct, bzw. haben Sie bereits gedehnte Körperstellen? Nein Ja Wo?
- 2 Traten Probleme auf? Nein Ja Welche?
- 3 Sind Sie ausgeschlafen? Nein Ja Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken? Nein Ja
- 4 Treiben Sie Sport? Nein Ja Welche Sportarten?
- 5 Arbeiten Sie schwer körperlich? Nein Ja
- 6 Sind Sie bei Arbeit oder Hobby häufig Dreck, Staub, Feuchtigkeit o.ä. ausgesetzt? Nein Ja
- 7 Müssen Sie bei Arbeit, Hobby oder Schule lange sitzen? Nein Ja
- 8 Haben Sie gestern oder heute Alkohol zu sich genommen? Nein Ja Wann? Wieviel?
- 9 Sind Sie Asthmatiker/in? Nein Ja Welcher Typ?
- 10 Haben Sie Hautkrankheiten? Nein Ja Welche?
- 11 Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeiten (z.B. Medikamente, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Nickel)? Nein Ja Welche?
- 12 Haben Sie Wundheilungsstörungen? Nein Ja Welcher Art?
- 13 Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrythmusstörungen oder einen Herzschrittmacher? Nein Ja
- 14 Haben Sie Kreislaufprobleme? Nein Ja
- 15 Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? Nein Ja Wie hoch ist Ihr Blutdruck?
- 16 Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja
- 17 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Marcumar, Heparin, Liquimin o.ä.)? Nein Ja Welche?
- 18 Haben Sie in absehbarer Zeit eine Reise geplant? Nein Ja Wann? Wie lange? Wohin?
- 19 Sind Sie Bluter/in? Nein Ja Wie hoch ist Ihr INR-Wert?
- 20 Haben Sie Diabetes? Nein Ja Wann hatten Sie das letzte Mal Unterzucker?
- 21 Haben Sie Epilepsie oder epileptische Anfälle? Nein Ja Welcher Art?
- 22 Haben Sie eine Hepatitis C, HIV oder TbV Infektion? Nein Ja Welche?
- 23 Hatten Sie jemals eine Hepatitis A oder B Infektion? Nein Ja Wann? Ist sie auskuriert? Nein Ja
- 24 Leiden Sie unter Geschlechtskrankheiten (STDs)? Nein Ja Welche?



- 25 Hatten Sie in letzter Zeit Geschlechtskrankheiten (STDs)? Nein Ja Welche?
- 26 Hatten Sie in letzter Zeit fieberhafte Infekte? Nein Ja Welcher Art?
- 27 Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? Nein Ja
- 28 Waren Sie in den letzten 6 Monaten schwanger? Nein Ja Stillen Sie? Nein Ja
- 29 Hatten Sie in letzter Zeit Operationen oder werden Sie in nächster Zeit operiert? Nein Ja Wann? Welche Art von Operation?
- 30 Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? Nein Ja Welche?
- 31 Haben Sie heute Medikamente eingenommen? Nein Ja Welche?
- 32 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich? Nein Ja Welche?
- 33 Befinden Sie sich zur Zeit in Therapie? Nein Ja Welche Art von Therapie?
- 34 Haben Sie einen bestehenden Tetanus-Schutz? Nein Ja

Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Krankheiten oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen. Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

DATUM | UNTERSCHRIFT KUNDE / KUNDIN

INTERNE BEFRAGUNG Bitte ankreuzen bzw. leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Wodurch sind Sie das erste Mal auf unser Studio / auf mich aufmerksam geworden?

Printwerbung Internet Empfehlung von Freunden Sonstiges

Sind Sie vorher schon mal bei uns / bei mir gewesen? Nein Ja

Ich bin einverstanden, dass ein Foto von meinem Piercing für die interne Dokumentation gemacht wird. Nein Ja

Ich bin einverstanden, dass ich über studiobezogene Angebote, News, Neuheiten, Events etc. informiert werde. Die Weitergabe meiner Daten an Dritte ist dem Studio / der Fachkraft nicht gestattet. Ich kann diese Vereinbarung jederzeit schriftlich kündigen.

Nein Ja per E-mail
 per Post an meine auf Seite 1 angegebene Adresse
(Hinweis: Wir versenden nur einen geringen Teil unserer Aktionen und Infos auch in gedruckter Form.)

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

DATUM | UNTERSCHRIFT KUNDE / KUNDIN

WIRD VOM STUDIO / VON DER FACHKRAFT AUSGEFÜLLT

Anmerkungen

- Das **Anbringen eines Piercings** stellt laut §224 StGB eine Körperverletzung dar und bedarf daher einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu piercenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu piercende Person erklärt sich im Sinne des § 228 StGB damit einverstanden, dass die Fachkraft bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt.
- Das **Dehnen von Haut** stellt laut §223, §223a, §224 StGB eine Körperverletzung dar. Gedehtes Gewebe bildet sich auch nach Entfernung des Schmuckes nicht wieder in den Ursprungszustand des Stichkanals zurück. Der Dehnprozess ist also nicht reversibel und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff bedingt in den Ursprungszustand zurückversetzt werden. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu dehnenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu dehnende Person erklärt sich im Sinne des §228 StGB damit einverstanden, dass die Fachkraft bei der Durchführung des Dehnens einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt.

Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und dass ich vor Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung umfasste die mit dem Piercen bzw Dehnen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, die Art und Weise der Durchführung, der Anbringung des Schmuckes und des Piercing- bzw. Dehnungsvorganges, und die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Problemen verbunden sein kann.

Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu fällen. Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte.

Ich habe mich davon überzeugt, dass die zur Durchführung des Piercing- bzw. Dehnungsvorganges notwendigen Instrumente steril sind.

Mit ist bewusst, dass der Heilungserfolg des Piercings bzw. der Dehnung in erster Linie von der Nachbehandlung abhängt. Die dafür nötige Pflegeanleitung und das Pflegemittel werden mir ausgehändigt. Das Studio/die Fachkraft steht mir bei Fragen und Problemen zur Verfügung.

KOMPLIKATIONEN BEI PIERCING / DEHNUNG

Ja, ich wurde darüber aufgeklärt, dass es trotz steriler Arbeitsweise zu Komplikationen kommen kann.

Mögliche Komplikationen: Nachblutung, Kreislaufkrisen bis zur Bewusstlosigkeit, Rötung, Schwellung, Erwärmung, Schmerzen, Allergie, Entzündung, Infektion, Nekrose, Herauswachsen, Granulome, eitrige Infektion, Abszess, Empyem, Bluterguss, Blutvergiftung, Lymphknotenschwellung, Lymphknoten- oder -gefäßentzündung, Verletzung der Blutgefäße, Knorpelschäden/ -deformierung, dauerhafte Narbenbildung, Verletzung der Nervenenden, Keloidbildung, Sprachstörungen, Zahnschädigung/ -fehlstellungen, Parästhesien, Fistelbildungen.

Sollten Komplikationen auftreten, wende ich mich sofort an das Piercingstudio/die Piercing-Fachkraft oder an einen niedergelassenen Arzt.

Ergänzende Komplikationen bei Dehnung: Rissbildung im Gewebe, Reizung der Nervenenden, Spannungs- und Druckgefühle, Einschränkung der natürlichen Funktion der gedehnten Körperstelle, Veränderung der körpereigenen Funktion (Septum, PA, Knorpel, etc.), Geruchsbildung, Herauswachsen des Schmucks.

Ergänzende Komplikationen und Hinweise bei Single Point Piercings: Der Schmuck kann nur im Studio entfernt und die Aufsätze nur dort gewechselt werden. Sollte sich vor der Verheilung der Aufsatz lösen, besteht die seltene Gefahr, dass die Trägerplatte im Gewebe wandert und chirurgisch wieder entfernt werden muss.

Arztkosten: Auszug aus der Gesundheitsreform '06: „(...) 13. Leistungskatalog und Zuzahlungen (...) Bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten – z.B. nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen – müssen in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden. (...)“ D.h.: Sollte ich wegen meines Piercings einen Arzt konsultieren müssen, trage ich die Kosten dafür evtl. selbst.

Habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich beauftrage das/die auf Seite 1 genannte Studio/Fachkraft, an meinem Körper an folgender Stelle Schmuck durch Piercing anzubringen:

Körperstelle	Anzahl
Datum	Personalausweis Nr. oder Führerschein Nr.



UNTERSCHRIFT KUNDE / KUNDIN

BEI MINDERJÄHRIGEN: ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R) Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Nach §224, 228 StGB ist bei Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren die **Anwesenheit von mindestens einer erziehungsberechtigten Person** erforderlich, sowie die **schriftliche Einverständnis der zweiten erziehungsberechtigten Person, falls diese nicht beim Termin anwesend ist!** Nicht als erziehungsberechtigte Personen gelten: Bruder, Schwester, Onkel, Tante oder andere Personen aus der nahen Verwandtschaft.

Hiermit erkläre ich, dass ich der/die Erziehungsberechtigte der oben genannten Person bin und dem Eingriff zustimme.

Name Vorname	Geburtsdatum
Straße PLZ Ort	Telefon
Datum	Personalausweis Nr. oder Führerschein Nr.

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R)

WIRD VOM STUDIO / VON DER FACHKRAFT AUSGEFÜLLT

Überprüft	Anmerkungen
-----------	-------------