



SAFER PIERCING

Studio / Fachkraft (Stempel):

DOKUMENTATION

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

TÄTOWIERUNG

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 der Tätowierung				
Indikatoren, Sterilgut	1	2	3	4
Komplikationen				

UNTERSCHRIFT TÄTOWIER-FACHKRAFT

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



- 1 Sind Sie schon tätowiert? 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 Fühlen Sie sich gesund? 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, Herzrhythmusstörungen 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 Hatten Sie in letzter Zeit fieberhafte Infekte? Nein Ja — Welcher Art?

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

Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Krankheiten oder starker Medikamentenkonsum können den Abheilungsprozess und das Erscheinungsbild der Tätowierung beeinträchtigen.

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

WIRD VOM STUDIO / VON DER FACHKRAFT AUSGEFÜLLT

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.

DATUM | UNTERSCHRIFT KUNDE / KUNDIN

- 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
- Blutvergiftung

3) Mögliche Schädigungen, die bei dem Eingriff entstehen können

- Blutungen Bluterguss

4) Informationen über Spätisiken

- dauerhafte Narbenbildung
- Veränderung der Tätowierung durch: Hautalterung Schwangerschaft Gewichtsab- und -zunahme UV-Strahlung

- Alle Fragen des Kunden / der Kundin wurden beantwortet. Das Aufklärungsgespräch dauerte Minuten.

UNTERSCHRIFT TÄTOWIER-FACHKRAFT

Anmerkungen

Tätowieren stellt laut §224 StGB eine Körperverletzung dar und bedarf daher einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu tätowierenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu tätowierende Person erklärt sich im Sinne des § 228 StGB damit einverstanden, dass die Fachkraft bei der Durchführung des Tätowierens 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 Tätowieren verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, die Art und Weise der Durchführung, der Anbringung der Tätowierung, 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 Tätowiervorganges notwendigen Instrumente steril sind.

Mit ist bewusst, dass der Heilungserfolg der Tätowierung in erster Linie von der Nachbehandlung abhängt.

Die dafür nötige Pflegeanleitung wird mir ausgehändigt. Das Studio/die Fachkraft steht mir bei Fragen und Problemen zur Verfügung.

KOMPLIKATIONEN

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

Mögliche Komplikationen: Nachblutungen, Kreislaufkrisen bis zur Bewusstlosigkeit, Rötungen, Schwellungen, Schmerzen, allergische Reaktionen.

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 meiner Tätowierung 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 eine Tätowierung 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 16 und 18 Jahren die **Anwesenheit von mindestens einer erziehungsberechtigten Person** erforderlich. 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)

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 meiner Tätowierung gemacht wird, das in Printmedien und im Internet publiziert werden darf. 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 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

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