




Einverständniserklärung

Name:	_____
Geboren am:	_____
Adresse:	_____
PLZ, Ort:	_____
Telefonnummer:	_____
E-Mail:	_____



Die Voraussetzung gepierct zu werden ist, dass du gesund bist. Daher beantworte folgende Fragen bitte ehrlich. (Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt) Leidest du an einer der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen  →).



Zutreffendes bitte ankreuzen →




Zutreffendes bitte ankreuzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input checked="" type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluterkrankheit)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Diabetes	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hepatitis	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Diverse Hautkrankheiten, Ekzeme	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Allergien: Wenn ja, welche? _____	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Akuter fieberhafter Infekt	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Andere akute Erkrankung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Epilepsie	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Liegt eine Schwangerschaft vor?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Musst du dauerhaft Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? _____	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, dass ich mich aus freiem Willen Piercen lasse. Außerdem bin ich über mögliche Risiken und Nachbehandlung eines Piercings aufgeklärt worden. Ich habe eine schriftliche Pflegeempfehlung erhalten. Ich bestätige auch, dass ich die Pflegeempfehlung gelesen und verstanden habe. (Leider haben wir keine Kontrolle darüber, ob die Person nach dem Piercen alle wichtigen Aspekte der Nachpflege befolgt. Für Pflegefehler übernehmen wir daher keine Verantwortung!) Alle meine noch offenen Fragen wurden zur Gänze und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken. In dringenden Notfällen wende dich bitte an die Notfallabteilung des nächsten Krankenhauses (z.B.: AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 01-4060366)

 _____	 _____
Datum:	Unterschrift

Datenschutz: Die im Zuge der Einverständniserklärung erhobenen Daten werden nicht elektronisch erfasst und nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden sorgsam verwahrt und vor Zugriff Dritter bestmöglich geschützt. Weiteres dazu: www.piercing-ambulanz.at/de/datenschutzerklärung

Unter 18 Jahren?

Einwilligung der Erziehungsberechtigten		
Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden habe. Als Erziehungsberechtigte/r der/des oben genannten Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit der Vornahme des Piercings einverstanden.		
 _____	 _____	 _____
Name Erziehungsberechtigte/r	Datum:	Unterschrift