

Einverständniserklärung

Persönliche Angaben

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

Voraussetzung für das Piercen ist, dass du gesund bist. Bitte beantworte die folgenden Fragen ehrlich. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Bitte ankreuzen, falls zutreffend

<input type="checkbox"/>	Hämophilie (Bluterkrankheit)
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion
<input type="checkbox"/>	Diverse Hautkrankheiten, Ekzeme
<input type="checkbox"/>	Allergien.
	Welche? _____
<input type="checkbox"/>	Autoimmunerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Akuter fieberhafter Infekt
<input type="checkbox"/>	Andere akute Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/>	Dauerhafte Medikamenteneinnahme.
	Welche? _____

Ich bestätige, dass ich mich aus freiem Willen piercen lasse. Ich wurde über mögliche Risiken sowie über die Nachbehandlung eines Piercings aufgeklärt und habe eine schriftliche Pflegeempfehlung erhalten.

Ich bestätige, dass ich die Pflegeempfehlung gelesen und verstanden habe. Mir ist bewusst, dass bei Nichteinhaltung der Pflegeempfehlung keine Verantwortung übernommen werden kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken.

In dringenden Notfällen wende ich mich an die Notfallabteilung des nächstgelegenen Krankenhauses (z.B. AKH Wien, Währinger Gürtel 18–20, 01 / 40400).

Datum

Unterschrift

Datenschutz: Die im Rahmen dieser Einverständniserklärung angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich in Papierform verarbeitet und nicht elektronisch erfasst. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung des Piercings sowie zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten. Weitere Informationen zum Datenschutz findest du unter: www.kathihart.at/datenschutz

Unter 18 Jahre?

Einwilligung der Erziehungsberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben angeführten Informationen und Erklärungen gelesen und verstanden habe.

Als Erziehungsberechtigte/r der/des oben genannten Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit der Durchführung des Piercings einverstanden.

Name des Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift



Falls du noch kurz Zeit hast

Dauert unter 10 Sekunden. Anonym. Hat keinen Einfluss auf dein Piercing. Hilft uns zu verstehen, wie Menschen zu Kathi finden.

Ist das dein erstes Piercing bei Kathi?

- Ja
 Nein

Wie bist du auf Kathi aufmerksam geworden?

- Internet / Google YouTube
 Instagram Empfehlung
 Facebook Sonstiges: _____