étoile
piercingstudio

Verzichterklärung für Piercing + Microdermal

zwischen Étoile Piercing, Breite 3, Postfach, CH-9450 Altstätten und

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Bei Minderjährigen, Angaben zum gesetzlichen Vertreter:

Name: _____ Vorname: _____

Um Sie optimal beraten und bedienen zu können, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und ausser Mitarbeitern von Étoile Pircing keinen weiteren Personen zugänglich gemacht.

Art des gewünschten Piercing: _____

Haben Sie in den vergangenen 8 Stunden Alkohol getrunken?	O JA	O NEIN
Haben Sie die Pflegehinweise verstanden?	O JA	O NEIN
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen (z.B. Epilepsie…?)	O JA	O NEIN
Sind Sie Bluter oder neigen Sie zu starken Blutungen?	O JA	O NEIN
Haben Sie Blutverdünnungsmittel eingenommen (z.B. Aspirin...?)	O JA	O NEIN
Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis...?)	O JA	O NEIN
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Schmerzmittel oder ein Blutgerinnungsmittel eingenommen?	O JA	O NEIN
Haben Sie eine Allergie?	O JA	O NEIN

Wenn Ja, Welche bzw. was? _____

Hiermit entbinde ich Étoile Piercing und seine Vertreter von jeglicher Haftung gegenüber mir oder dritter (z.B. Krankenkasse, Arzt, u.s.w.), die mir durch das von mir gewünschte Piercing entstehen können. Schadenersatzansprüche oder Schmerzensgeld für eventuell entstehende Schäden werden hiermit ausgeschlossen. Mir ist bekannt, dass ich mit sterilen Instrumenten und professionellen Techniken unter adäquaten Bedingungen gepierct werde. Ich wurde vorher über alle möglichen Risiken eines Piercing ausführlich aufgeklärt und versichere, dass ich die Nachpflegeinstruktionen befolge, bis die Heilung abgeschlossen ist. Ich habe diese Verzichtserklärung gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

_____