

Piercing: Einverständnis-Erklärung

Kundenetikette:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ & Ort:

Name Kind:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch ein Ohrloch gestochen wird. Ich habe die nachfolgenden Informationen gelesen und verstanden und erkenne deren Notwendigkeit an, um möglichen, durch den Ohrlochstechvorgang hervorgerufenen Komplikationen vorzubeugen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäss wie folgt:

- Ich befinde mich aus keinerlei Gründen in **ärztlicher Behandlung**, durch welche es mir untersagt wäre, mir ein Ohrstechen zu lassen. Sollte ich mich in ärztlicher Behandlung befinden habe ich eine ärztliche Erlaubnis.
- Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme keine blutverdünnenden **Medikamente** ein. Ich habe kein Fieber.
- Ich stehe nicht unter Einfluss von **Drogen oder Alkohol**.
- Ich habe eine **Pflegeanleitung** erhalten, die ich gelesen und verstanden habe. Ich bin mir über die Möglichkeit einer **Infektion** aufgrund von unzureichender **Nachpflege, Metallunverträglichkeit** oder anderer Gründe bewusst
- Ich bin mir bewusst, dass sich das **Infektionsrisiko** aufgrund der äusseren Umstände erhöht, wenn die frisch durchstochene Haut Umwelteinflüssen wie z.B. beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird. Ich verpflichte mich, der Pflegeanleitung sorgfältig Folge zu leisten.
- Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren mit **sterilen Ohrsteckern** durchstochen werden.
- Ich bin mir bewusst, dass ein Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist, und somit Arzt und Spitalkosten nicht kassenpflichtig sind und selber übernommen werden müssen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich **älter als 18 Jahre** bzw. ein **gesetzlicher Vertreter** des Minderjährigen bin. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei einer fälschlich geleisteten Unterschrift um Betrug handelt.
- Im Bewusstsein der möglichen Risiken, erkläre ich mich einverstanden, mir Ohrlöcher durch einen Angestellten der Löwen Apotheke Wil stechen zu lassen. Ich befreie die Löwen Apotheke Wil von jeglicher Verantwortung für sämtliche Verletzungen oder Schäden, die als direkte oder indirekte Folge durch das Ohrlochstechen entstehen können.
- Indem ich als gesetzlicher Vertreter für einen Minderjährigen unterzeichne, übernehme ich die Verantwortung und verzichte auf etwaige Ansprüche gegenüber dem Dienstleister, Vertreiber und Hersteller im Falle irgendwelcher Komplikationen, die als direkte oder indirekte Folge des Stechvorgangs erfolgen können.

Ich bestätige hiermit, dass ich dieses Formular gelesen habe und vollumfänglich damit einverstanden bin.

Der Kunde, die Kundin oder der gesetzliche Vertreter entbindet die Löwen Apotheke Wil von sämtlicher Haftung für Schäden, welche als Folge des Piercings direkt oder indirekt entstehen können.

Wil,

Ort, Datum

Unterschrift Kunde, gesetzlicher Vertreter