

Einverständniserklärung zum Ohrlochstechen

Kundenetikette:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ & Ort:

Name Kind:

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, mir auf eigenen Wunsch Ohrlöcher stechen zu lassen. Ich habe die nachstehenden Informationen gelesen, verstanden und anerkenne deren Wichtigkeit zur Vorbeugung möglicher Komplikationen im Zusammenhang mit dem Ohrlochstechen.

Ich erkläre wahrheitsgemäß:

- Ich erkläre hiermit, dass ich **mindestens 18 Jahre alt** bzw. eine **gesetzliche Vertretung** einer minderjährigen Person bin. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei einer fälschlich geleisteten Unterschrift um Betrug handelt.
- Ich befinde mich in keiner **ärztlichen Behandlung**, die mir das Ohrlochstechen untersagen würde. Falls ich mich in medizinischer Behandlung befinde, liegt eine entsprechende ärztliche Erlaubnis vor.
- 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 die **Pflegeanleitung** erhalten, gelesen und verstanden. Ich bin mir der **Infektionsgefahr** durch unzureichende Nachpflege, Metallunverträglichkeit oder andere Ursachen bewusst.
- Mir ist bekannt, dass sich das Risiko einer Infektion durch äußere Einflüsse – wie etwa Schwimmen oder sportliche Aktivitäten – erhöhen kann. Ich verpflichte mich, die Pflegeanleitung sorgfältig zu befolgen.
- Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren mit **sterilen Ohrsteckern** durchstochen werden.
- Ich bin mir bewusst, dass das Ohrlochstechen kein medizinischer Eingriff im Sinne einer Krankheit oder eines Unfalls ist und allfällige Arzt- oder Spitalkosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden.
- Im Wissen um die möglichen Risiken erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fachperson der Löwen Rotpunkt Apotheke das Ohrlochstechen bei mir bzw. bei meinem Kind vornimmt.
- Ich entbinde die Löwen Rotpunkt Apotheke ausdrücklich von jeglicher Haftung für allfällige direkte oder indirekte Schäden oder Verletzungen, die im Zusammenhang mit dem Ohrlochstechen entstehen können.
- Wenn ich als gesetzliche Vertretung unterzeichne, übernehme ich die volle Verantwortung für mögliche Komplikationen und verzichte auf Ansprüche gegenüber dem Dienstleister, dem Vertreiber und dem Hersteller.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich dieses Formular vollständig gelesen habe und mit dem Inhalt einverstanden bin.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird die Löwen Rotpunkt Apotheke ausdrücklich von jeder Haftung für unmittelbare oder mittelbare Schäden, die infolge des Ohrlochstechens entstehen, freigestellt.

Wil,

Ort, Datum

Unterschrift Kundin/Kunde oder gesetzliche Vertretung