

Einverständnis-Erklärung Ohrlochstechen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch ein Ohrloch durch eine Angestellte der Giacometti Rotpunkt Apotheke 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 mir untersagt wäre, mir ein Ohrloch stechen zu lassen. Sollte ich mich in ärztlicher Behandlung befinden, habe ich die Erlaubnis meines behandelnden Arztes eingeholt mir ein Ohrloch stechen zu lassen.
- Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein.
- 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 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 Ohrstecker/Piercing weder eine Krankheit noch ein Unfall ist, somit sind allfällige Arzt- und Spitalkosten nicht kassenpflichtig und müssen selber übernommen werden.
- Indem ich als Elternteil oder 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 bin mir bewusst, dass es sich bei falschen Angaben um Betrug handelt.

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er dieses Formular gelesen hat und vollumfänglich damit einverstanden ist. Die Kundin/der Kunde oder der gesetzliche Vertreter entbindet die Giacometti Rotpunkt Apotheke AG von sämtlicher Haftung für Schäden, welche als Folge des Piercings direkt oder indirekt entstehen können.

Name: _____ Strasse: _____

Vorname: _____ Ort: _____

Geb. Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter (Name & Vorname): _____
bei unter 18-Jährigen

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____