

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Telefon:

Wohnort:

Piercing:

**Bitte lesen Sie unsere Geschäftsbedingungen sorgfältig durch und beachten Sie bitte, daß alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht werden !**

- 1) INKA New PIERCING Line bedient nur Kunden, die das 14. Lebensjahr vollendet haben oder eine EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG eines ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN, sowie dessen Ausweis vorgelegt haben. In manchen Fällen bestehen wir darauf, dass der Erziehungsberechtigte zum Termin erscheint.
- 2) Wir arbeiten nicht an Kunden, die unter Alkohol, Drogen oder Medikamenten stehen. Angaben darüber hat der Kunde zu machen.
- 3) Wir bedienen keine Kunden, die nicht zu Ihrer EIGENEN SICHERHEIT Angaben über Erkrankungen machen, z.B.: HIV/Aids, Hepatitis B, Bluter, Epilepsie, Herz/Kreislaufkrankungen oder -schwächen, Diabetes oder die zu Blutungen neigen aufgrund Antikoagulantien/Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)
- 4) Wir übernehmen keine Haftung für Schäden, die während des Piercen und danach am Kunden und seinem Körper entstehen können z.B: Allergien, Entzündungen, Erkrankungen jeglicher Art. Sollten irgendwelche Komplikationen oder Erkrankungen auftreten, so entlastet der Kunde den Piercer mit seiner Unterschrift jeglicher rechtlicher Ansprüche ( Schadenersatz, Schmerzensgeld, ärztliche Rechnungen oder dergleichen)
- 5) Ich erkläre mich damit einverstanden, sterilen Piercingschmuck eingesetzt zu bekommen.
- 6) Ich erkläre hiermit das Merkblatt "New PIERCING Line" erhalten zu haben und dass ich über die Risiken aufgeklärt worden bin. Falls Probleme auftreten bitte einen Arzt Ihres Vertrauens aufsuchen.
- 7) 

<b>A) SIND SIE DIABETIKER/IN ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>B) HABEN SIE FIEBERHAFTE INFEKTE?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>C) NEHMEN SIE ANDERE MEDIKAMENTE ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>D) LEIDEN SIE AN ALLERGIEN ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>E) HABEN SIE GELEGENTLICH KREISLAUFPROBLEME ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>F) HABEN SIE HIV, HEPATITIS ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>G) HABEN SIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>H) HABEN SIE ANGEBORENE ODER ANDERE IMMUN-DEFIZIENERKRANKUNGEN AUTOIMMUNERKRANKUNGEN?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>I) HABEN SIE EKZEME, HAUTERKRANKUNGEN ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>J) SIND SIE BLUTER, (HÄMOPHILIE)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>K) BEKOMMEN SIE EINE BLUTVERDÜNNUNGSTHERAPIE?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

!( Sollte mindestens eine Frage mit JA angekreuzt sein, machen Sie darüber bitte auf der Rückseite dieser Geschäftsbedingung handschriftliche Angaben darüber)!

Meine Unterschrift bestätigt, daß ich die Geschäftsbedingung gelesen, verstanden und aus freier Entscheidung akzeptiert habe. Weiterhin entbinde ich den Piercer mit meiner Unterschrift jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen.

DATUM: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Hiermit gestatten wir/ich \_\_\_\_\_  
Unserer Tochter/Sohn ein/eine oder mehrere Piercings an folgenden Stellen:

Der Kunde wurde über eventuelle Risiken und wichtige Details zum Heilungsprozeß aufgeklärt und informiert.  
Er hat die Geschäftsbedingungen gelesen, verstanden und unterschrieben.

DATUM: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ausweisnummer des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_