



Walk-In Piercing

Name	Geschlecht (Gender) ☐ m ☐ w ☐ sonst.	Geburtstag (Birthday)
Adresse / Land (Address / Country)	Mobil (Mobile)	
	Festnetz (Landline)	
	Email	
Beruf		
Bevorzugte Art der Kontaktaufnahme (preferred contact method) ☐ Handy/SMS, ☐ Email, ☐ sonstige		
Um mögliche individuelle Risiken rechtzeitig erkennen und einschätzen zu können, ist die sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen unerlässlich. Zutreffendes bitte ankreuzen: Ja Nein ☐ ☐ Es besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung. ☐ ☐ Es besteht eine Hauterkrankung (Neurodermitis, Schuppenflechte etc.). ☐ ☐ Ich leide an Diabetes. ☐ ☐ Ich leide an Sarkoidose. ☐ ☐ Es bestehen Autoimmunerkrankungen. ☐ ☐ Ich bin Asthmatiker. ☐ ☐ Ich nehme Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, Aspirin, Heparin etc.). ☐ ☐ Es bestehen folgende Allergien: ☐ ☐ Es bestehen Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. gegen Latex, Medikamente). ☐ ☐ Ich habe eine Herzerkrankung, Herzrhythmusstörung bzw. trage einen Herzschrittmacher. ☐ ☐ Ich habe einen zu hohen bzw. zu niedrigen Blutdruck. ☐ ☐ Ich habe Kreislaufprobleme und/oder neige zu Ohnmachtsanfällen. ☐ ☐ Es besteht eine chronische Infektionskrankheit (z.B. AIDS, Hepatitis, MRSA). ☐ ☐ Es bestehen andere schwerwiegende chronische Leiden (z.B. Epilepsie oder Lähmungen). ☐ ☐ Es bestehen Erkrankungen, die zu einem geschwächten Immunsystem führen. ☐ ☐ Ich leide an Wundheilstörung. ☐ ☐ Ich neige zu starker Narbenbildung. ☐ ☐ Ich stehe unter gerichtlicher Betreuung. Zusammenfassung:		

Angaben zum Piercing:	
Piercer	Piercing
Termin	Stelle/Anmerkungen

Zusätzliche Fragen:	☐ JA	☐ NEIN
Ich habe bereits vergleichbare Piercings bzw. Modifications. Welche?	☐	☐
Bei vorherigen Piercings traten bei mir Probleme auf. Welche?	☐	☐
Ich habe nach meinem Termin eine Reise geplant. Wann, wie lange, wohin?	☐	☐
Ich hatte in letzter Zeit OPs bzw. es sind welche geplant. Wann, welche?	☐	☐
Ich treibe regelmäßig Sport. Welchen?	☐	☐
Ich bin bei der Arbeit häufig Dreck, Staub, Feuchtigkeit ausgesetzt.	☐	☐
Es besteht ein aktueller Tetanus-Schutz.	☐	☐
Ich habe heute Medikamente zu mir genommen. Welche?	☐	☐
Ich habe oder hatte Geschlechtskrankheiten. (STDs) Welche?	☐	☐
Ich habe Oberflächenanästhetika bzw. Kortison-Präparate aufgebracht. Welche? Wann?	☐	☐
Ich habe das 18te Lebensjahr vollendet.	☐	☐

Die Daten auf diesem Erfassungsbogen benötigen wir zur ordnungsgemäßen Durchführung unserer Arbeit.

Wird von Studiomitarbeiter ausgefüllt!

Persönliche Aufklärung:

- ☐ Der Kunde wirkt verständnisvoll.
- ☐ Er wünscht keine weitere Aufklärung: ☐ hat Erfahrung
- ☐ Er erhält eine Aufklärung zu den Risiken und Nebenwirkungen aus der „Einverständniserklärung Piercing“ (Stand 01.10.2023)

Alle Fragen des Kunden wurden beantwortet. Folgende Dinge wurden dabei festgehalten:

Das Aufklärungsgespräch dauerte Minuten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zum Zeitpunkt des Termins (siehe oben) folgendes:

- Es bestehen keine akuten **Infektionskrankheit** (grippaler Infekt etc.).
- Ich habe in den letzten 24 Stunden **keinen Alkohol und keine Drogen** zu mir genommen.
- Ich habe auch keine anderen **Substanzen zu mir genommen**, die meine Wahrnehmung, meinen freien Willen oder mein Urteilsvermögen einschränken könnten.
- Die zu piercende Stelle weist kein **Narbengewebe** (jünger als 12 Monate) oder Keloidnarben auf.
- Ich habe mich in den letzten 12 Monaten keiner **Strahlentherapie** unterzogen.
- Ich bin ausgeschlafen und habe ausreichend **gegessen und getrunken**.

☐ Über das geplante Piercing wurde ich (siehe obige Angaben) in einem Gespräch mit dem Piercer/Berater (siehe Unterzeichner rechts) ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, insbesondere über den Piercingvorgang und über mögliche Risiken und Nebenwirkungen, stellen. **Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich umfassend informiert.**

☐ Ich bestätige, dass ich die ausliegende "**Aufklärung zur Einverständniserklärung Piercing**" (Stand 01.10.2023) zur Kenntnis genommen und verstanden habe und nach angemessener Bedenkzeit in alle Punkte unter der Überschrift "Einwilligung" und damit in das von mir gewünschte Piercing einwillige. Zudem bestätige ich, dass alle von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

☐ Ich willige in die **allgemeinen Geschäftsbedingungen (Stand 01.10.2023)** von Helios Ink Speyer ein.

☐ Ich willige in die ausliegende **DS-Vereinbarung (Stand 01.10.2023)** von Helios Ink Speyer ein.

☐ Ich willige in die Veröffentlichung für Social-Media wie Instagram, facebook

☐ Ich möchte über Angebote und Werbeaktionen per E-mail informiert werden.

Speyer

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

ggf. Erziehungsberechtigter

Erklärung des Piercers:

Ich bestätige, dass das Piercing unter hygienischen Bedingungen und der Verwendung von geeigneten sterilen Instrumenten und sicheren Verfahren durchgeführt wird. Ich bestätige, dass dem Kunden eine Kopie der unterschriebenen Einverständniserklärung angeboten wurde.

Speyer

Ort, Datum

Unterschrift Piercer