

# Einwilligungserklärung

## Piercing - Kundenaufklärung und -beratung



### Personalien

Vorname, Nachname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

E-Mail Adresse

PLZ, Ort

Aktuell ausgeübte Tätigkeit

Telefonnummer

Personalausweis-/Führerscheinnummer

### Angaben zur Person

Bitte beantworte folgende Fragen **wahrheitsgemäß**. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen. Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder starker Medikamentenkonsum können zur Ablehnung des Piercings führen.

Bist du schon gepierct?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Traten dabei Probleme auf?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du ausreichen gegessen und getrunken?  Ja  Nein

Treibst Du Sport?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Sportarten? \_\_\_\_\_

Hast Du gestern Alkohol zu Dir genommen?  Ja  Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Hast Du eine erhöhte Blutungsneigung?  Ja  Nein

Bist Du Bluter?  Ja  Nein

Wenn ja, wie hoch ist der INR-Wert? \_\_\_\_\_

Bist Du Diabetiker/in?  Ja  Nein

Hast Du Hauterkrankungen?  Ja  Nein

Leidest Du an Allergien/Überempfindlichkeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Liegt ein Allergiepass vor?  Ja  Nein

Hast Du Narbengewebe das nicht glatt geheilt ist?  Ja  Nein

Hattest Du schon einmal Wildfleischbildung?  Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Hast du Kreislaufprobleme?  Ja  Nein

Leidest Du an zu hohem/niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein

Nimmst Du blutverdünnende Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welches und wann zuletzt? (z.B. Aspirin, ASS, Heparin Plavix, etc.) \_\_\_\_\_

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du die letzten 14 Tage Antibiotika eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und weshalb? \_\_\_\_\_

Wirst Du in der nächsten Zeit operiert/Hattest eine OP?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_

Bist Du Epileptiker oder hast du epileptische Anfälle?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast Du eine Hepatitis C., HIV, TbV Infektion?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidest Du unter STDs (Geschlechtskrankheiten)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Könntest Du schwanger sein/planst es zeitnah?  Ja  Nein

Hast Du einen Säugling und stillst?  Ja  Nein

Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant?  Ja  Nein

### Mögliche Komplikationen nach dem Stechen eines Piercings

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender unerwünschter Nebenerscheinungen:

Schmerzen, Missemmpfindung

Zahnfleischschäden, Parodontose

Abstoßreaktion

Kreislaufprobleme

Zahnverschiebung

Thrombose

Allergien

Zahnschäden

Embolie

Wundheilungsstörungen

Sprachprobleme

Neurologische Ausfälle

Blutung, Hämatombildung

Nervenverletzung

Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen

Dauerhafte Narbenbildung

Vorübergehendes Taubheitsgefühl

Entzündung (Rötung, Schwellung, Lymphknotenschwellung)

Infektionen

Dauerhaftes Taubheitsgefühl

Knorpeldeformation

Gewebenekrose

Knorpelreizung

Gefäßverletzungen



# Benötigte Unterschriften

## Ich erkläre mein Einverständnis zu dem Piercing

Das Anbringen eines Piercings stellt laut §223 Abs. 1 StGB eine Körperverletzung dar. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch deine Unterschrift die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Du erklärst dich damit einverstanden, dass der Piercer bei der Durchführung des Piercings einen Eingriff an deinem Körper vornimmt: Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist und vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung bezog sich auf die mit dem piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung, der Anbringung des Schmucks und des Piercingvorganges, über die richtige Nachsorge und über die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu fällen. Eine Pflegeanleitung sowie die benötigten Pflegemittel wurden mir ausgehändigt. Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte. Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt. Durch meine Unterschrift unter diese Einwilligungserklärung stimme ich dem Piercing ausdrücklich zu. **Alle meine Fragen rund um mein Wunschpiercing wurden beantwortet und der Vorgang ausführlich erklärt. Ich stimme dem Piercen durch meine Unterschrift zu.**

Datum

Unterschrift Kundin/Kunde

Gewünschte Piercings/Körperstellen

Wir werden evtl. von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen fertigen. Der Kunde/die Kundin willigt hiermit ausdrücklich ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1(f) EU-DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten, oder auf Werbebannern veröffentlicht werden. Zudem werden in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten erhoben, damit wir entscheiden können, ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann **ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden**. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO) Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden - da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist - bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

Datum, Unterschrift Kundin/Kunde

Hast Du eine gesetzliche Vertretung oder Vormund?  Ja  Nein

### **Bei Minderjährigen und Volljährigen unter gesetzlicher Betreuung/Vormundschaft**

muss diese Einwilligungserklärung von einer erziehungsberechtigten Person/ dem Vormund unterzeichnet und somit bestätigt werden. Mit der Unterschrift wird die aufgeführte Behandlung erlaubt und die Richtigkeit der in dieser Erklärung gemachten Daten und Angaben bestätigt.

Voller Name, Anschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Personalausweisnummer (Erziehungsberechtigter/Vormund)

Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigter/Vormund)

### **Informationen zur Behandlung**

Wird von uns ausgefüllt :-)

Art, Körperstelle

Eingesetzter Schmuck

Datum der Behandlung

Nachsorgetermin

Kann das Piercing gestochen werden?  Ja  Nein

Einige Piercings verlangen bestimmte körperliche Voraussetzungen. Ist das Piercing anatomisch möglich?  
Wenn nein, aus welchem Grund?

- Der Kunde wurde über die Gefahren aufgeklärt  
 Pflegehinweise erfolgten und wurden dem Kunden ausgehändigt



Stechwerk Kempten, Vogtstraße 2-4, 87435 Kempten

Name und Unterschrift des Piercers

## Aufklärungs- und Fragebogen zur Prävention von SARS-CoV-2 und Covid-19-Infektion

Vor- und Zuname:	Straße u. Hausnr.:
PLZ u. Wohnort:	Tel.:
Mobil:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Kontaktperson/en im Studio:

### I. Anamnese in Bezug auf Covid-19-Infektionen

- Ich bestätigte, dass mir zum heutigen Datum keine bei mir bestehenden Covid-19-Infektion bekannt ist.
- Ich habe mich in den letzten Monaten in keinem ausländischen Risikogebiet mit hohen Fallzahlen aufgehalten oder ein solches besucht. Ich hatte bewusst keinen Kontakt zu einer infizierten oder eine unter angeordnete Quarantäne stehenden Person. Ich gehöre zu keiner bekannten Risikogruppe, bin nicht vorerkrankt und leide an keiner der nachfolgend genannten Erkrankungen oder Risiken:
- einer fortgeschrittenen chronischen Lungen- oder Nierenkrankheit,
  - einer chronischen Herzerkrankung,
  - einer aktiven Krebserkrankung oder Erkrankungen, die mit dauerhafter Immunsuppression behandelt werden müssen,
  - einem kürzlich erfolgten Organtransplantat,
  - einer fortgeschrittener chronischer Nieren- oder Lebererkrankung,
  - einer ausgeprägten Adipositas mit einem BMI von 40 oder höher,
  - einer ausgeprägten Diabetes mit sehr hohem oder stark schwankenden Blutzuckerwerten,
  - einer arteriellen Hypertonie mit hohen oder stark schwankenden Blutdruckwerten und/oder
  - bestehender Organschäden.
- Ich war keinem sonstigen unnötigen Risiko, welches zu einer o.g. Virusinfektion hätte führen können, ausgesetzt.
- Ich fühle mich zum jetzigen Zeitpunkt fit und gesund und habe keine der nachfolgenden Symptome, welche auf eine Erkrankung an Covid-19-hinweisen, bei mir festgestellt:
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Husten, Halsschmerzen oder Atemnot,</li> <li>– Fieber oder Kopf- und Gliederschmerzen,</li> <li>– Schnupfen oder Lungenentzündung,</li> <li>– Appetitlosigkeit und/oder Gewichtsverlust,</li> <li>– Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn,</li> <li>– Entzündungen oder Reizungen am Auge,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall</li> <li>– Hautausschlag,</li> <li>– Lymphknotenschwellung,</li> <li>– Abgeschlagenheit, Benommenheit und/oder übermäßige Müdigkeit.</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### II. Informationen zu den Maßnahmen zur Vermeidung einer möglichen Covid-19-Infektion

- Ich nehme folgende Informationen zur Kenntnis, folge den Anweisungen der Mitarbeiter und sichere zeitglich zu, dass bei dem Verdacht einer - auch nachträglich vermuteten oder festgestellten – Covid19 Infektion ich mich umgehend in oben genannten Studio zu melden und entsprechende Angaben zu machen.
- Ich befolge während meines Aufenthaltes bei „Studioname“ die Schutz- und Vorsorgemaßnahmen zur Vermeidung einer Infektion, wie beispielsweise und insbesondere:
- das sachgerechte Tragen eines sauberen Mund-Nasen-Schutzes und/oder Gesichtsschildes bei Betreten des Studios und während des gesamten Tätowier- oder Piercingvorgangs und Aufenthalts im Studio,
  - Einhaltung der Abstandsregelung zu anderen Personen mit min. 1,5 m,
  - Beachtung vorgeschriebener Händehygiene und Einhaltung der Hygienevorschriften bei etwaigen Toilettengängen, Raucher- und Essenspausen,
  - Kein Verzehren mitgebrachter Getränke, Snacks und Nahrungsmittel im Behandlungsraum,
  - Unterlassen von Berührungen im Gesicht sowie unnötiges Berühren von Gegenständen,
  - Aufbewahrung von persönlicher Gegenstände in einer Tasche sowie
  - kein Ablegen persönlicher Gegenstände im Behandlungsraum oder am Arbeitsplatz.

- Ich werde von keinen Personen zum Termin begleitet. Abholungen sind nur außerhalb des Studios möglich. Ausnahmen sind mit dem Geschäftsinhaber im Vorfeld abzustimmen
- Mir ist bekannt, dass
  - man sich insbesondere über Tröpfchen/ Aerosole mit Covid-19 anstecken kann,
  - bei körpernahen Dienstleistungen trotz Einhaltung sämtlicher Maßnahmen und Hygienevorschriften das Risiko einer Covid19-Infektion nicht völlig eingedämmt werden kann und
  - mein Immunsystem durch die frische Tätowierung oder das Piercing belastet wird.
- Ich informiere das Tattoo- und Piercingstudio sowie den Tätowierer/Piercer umgehend per Telefon und/oder schriftlich per E-Mail und stelle sicher, dass diese Information auch bei den Adressaten ankommt,
  - sofern mir nach meinem Termin bekannt wird, dass ich mich einem unter II. aufgelisteten Risiko ausgesetzt hatte,
  - ich unmittelbar nach dem Tattoo- oder Piercing Termin positiv auf Covid19 getestet werde bzw. die Vermutung dazu sich aufdrängt oder ich eines der unter II. aufgezählten Symptome aufweise.
- Ich bin mit den Schutz- und Vorsorgemaßnahmen einverstanden.

### III. Datenschutzrechtliche Erklärung

Die vorstehenden Informationen dienen allein der Vermeidung einer Covid-19-Infektion und - im Falle einer Infektion - zur Aufklärung einer möglichen Infektionskette und sind nur zum Schutz des Kunden und aller an der Behandlung Beteiligten abgefragt worden. Mit dieser Einwilligungserklärung werden Gesundheitsdaten erhoben, damit entschieden werden kann, ob die Durchführung des Vertrags insbesondere ohne Ansteckungsgefahr mit Covid-19 erfolgen an.

Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU-DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit seitens des Kunden ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben und werden für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Im Falle einer Infektion oder im Falle eines Verdacht können die erhobenen Daten an die zuständige Behörde gem. Art. 6 Abs. 1 c) - e) EU-DSGVO weitergeleitet werden.

Diese Einwilligung kann dem Studio/ der Praxis gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Hiernach dürfen die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortgesetzt werden. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden – da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist – bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

### IV. Einwilligung

Der Tätowierer oder Piercer kann bei einem durch die seitens des Kunden gemachten Angaben begründeten Verdacht auf eine Corona-Infizierung den Termin absagen bzw. diesen verlegen. Es wird dazu auf die geltenden AGB verwiesen.

- Ich habe alle genannten Punkte gelesen und verstanden, akzeptiere diese und habe wahrheitsgemäße Angaben gemacht. Vor diesem Hintergrund erkläre ich meine **Einwilligung** in die Durchführung der Tätowierung.

---

Ort, Datum, Unterschrift Kunde