

Einwilligungserklärung

zum Ohrlochstechen



Laurenzstraße 12
48607 Ochtrup
Telefon 02553/1248
Telefax 02553/9939059
e-Mail pieper-ochtrup@t-online.de
http:// www.pieper-ochtrup.de

Datum: _____

Kunde: _____

Name: _____

Adresse: _____

Geb.Datum: _____

Hiermit erkläre ich, dass mir / meinem Kind auf eigenem Wunsch hin ein Ohrloch 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 / mein Kind befinde/t mich/sich aus keinerlei Gründen in Ärztliche Behandlung, durch welche es mir / meinem Kind untersagt wäre, mir Ohrlöcher stechen zu lassen. Sollte ich mich / mein Kind sich in ärztlicher Behandlung, z.B. schwanger sein, habe ich die Erlaubnis meines behandelnden Arztes eingeholt, mir / meinem Kind Ohrlöcher stechen zu lassen.

Ich / mein Kind leide/t weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme / nimmt keine blutverdünnenden Medikamente ein. Ich / meine Kind stehe/steht nicht unter Einfluss von Drogen oder Alkohol.

Ich bin mir über die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Metallunverträglichkeiten oder anderer Gründe bewusst, wobei die häufigste Ursache in der nicht sorgfältigen Einhaltung der empfohlenen Pflegeanleitung liegt.

Ich erkläre hiermit dass ich älter als 18 Jahre, bzw. bei unter 18 jährigen ein Elternteil / gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen bin. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei einer tatsächlich geleisteten Unterschrift eines Minderjährigen um Betrug handelt. Indem ich die Einverständniserklärung unterzeichne, erkläre ich, das ich mir / mein Kind sich trotz der dargestellten Risiken Ohrlöcher durch einen Mitarbeiter des oben genannten Geschäftes stechen lasse. Unter der Voraussetzung, dass mir / meinem Kind in diesem Geschäft unter Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften gestochen werden, befreie ich oben genanntes Geschäft von jeglicher Verantwortung für sämtliche Verletzungen und Schäden, die als direkte Folge durch den Ohrlochstechvorgang entstehen können.

Indem ich als Elternteil oder gesetzlicher Vertreter für einen Minderjährigen unterzeichne, übernehme ich die Verantwortung und verzichte auf etwaige Ansprüche gegen den Vertreiber oder Hersteller im Falle irgendwelcher Komplikationen, die als direkte Folge des Ohrlochstechvorgangs erfolgen können. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei falschen Angaben um Betrug handelt.

Unterschrift des Kunden / Elternteils
(ges. Vertreter unter 18-jährigen)
Datum: _____

