

## Einverständniserklärung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_ PL.Z / Stadt \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### BITTE NACHFOLGENDE FRAGEN SORGFÄLTIG LESEN UND BEANTORTEN !

Sind Ihnen irgendwelche Stoffe bekannt auf die Sie allergisch reagieren  
(z.B. Werkstoffe, Materialien, Wirkstoffe, besonders Medikamente etc.) bei  
deren Kontakt Sie zu allergischen Reaktionen neigen ?

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Bestehen :	Ja	Nein
-Infektionskrankheiten (insbesondere HIV / Aids, Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Neigen Sie zu Epilepsi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Herz – Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Neigungen zu Blutungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Christi's  
Tattoo & Piercingstudio**  
WREDESTR. 22  
07005 LUDWIGSHAFEN AM RHEN

Sonstige Krankheiten / Beschwerden: \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich „ Christi's Tattoo und Piercingstudio " folgende  
Körperstelle (n) zu PIERCEN / TÄTOWIEREN : \_\_\_\_\_

Dieses geschieht auf mein eigenes Risiko. Ich bin ausführlich über Risiken  
und Konsequenzen eines Piercings bzw. Tattoos informiert worden.

Mir wurde eine Pflegeanleitung ausgehändigt. Das Tattoomotiv habe ich  
selbst ausgesucht bzw. nach meinen Vorgaben anfertigen lassen.

Bei Minderjährigen : Einverständnis des / der Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
Personalausweis-Nr. des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Ludwigshafen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kunde

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter