

Einwilligungs- und Einverständniserklärung

für Piercings und Ohrlochstechen

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname*

Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

* Pflichtangaben

2. Angaben zur Behandlung

Nr.	Piercing / Bezeichnung z. B. Nostril, Helix, Bauchnabel, Ohrloch	Körperstelle / Seite z. B. Nase links, Ohr rechts, Mund mittig	Erstschmuck / Material
1. Piercing (Ohrloch)			☐ Titan ☐ Chirurgenstahl ☐ Niobium ☐ Sonstiges: _____
2. Piercing (Ohrloch)			☐ Titan ☐ Chirurgenstahl ☐ Niobium ☐ Sonstiges: _____
3. Piercing (Ohrloch)			☐ Titan ☐ Chirurgenstahl ☐ Niobium ☐ Sonstiges: _____
4. Piercing (Ohrloch)			☐ Titan ☐ Chirurgenstahl ☐ Niobium ☐ Sonstiges: _____

Hinweis zur Position: Vor der Durchführung wird die vorgesehene Position angezeichnet und gemeinsam mit der zu behandelnden Person geprüft. Das Piercing bzw. Ohrloch wird erst nach ausdrücklicher Zustimmung zur markierten Position durchgeführt. Bei Minderjährigen muss auch das Kind bzw. der Jugendliche der Behandlung selbst zustimmen. Eine Behandlung gegen den erkennbaren Willen des Minderjährigen erfolgt nicht.

Durchgeführt von: _____

3. Gesundheitsangaben

Bitte vollständig beantworten. Ein „Ja“ führt nicht automatisch zum Ausschluss; es ermöglicht eine fachgerechte Einschätzung vor der Behandlung.

Frage	Nein	Ja	Details bei „Ja“
Allergien oder bekannte Unverträglichkeiten (insbesondere Metalle, Desinfektionsmittel, Pflaster)?	☐	☐	
Aktuelle Hauterkrankung, Entzündung, Verletzung oder Infektion an/nahe der zu behandelnden Stelle?	☐	☐	
Blutgerinnungsstörung oder Einnahme blutverdünnender Medikamente?	☐	☐	
Diabetes oder andere Erkrankung, die die Wundheilung beeinflussen kann?	☐	☐	
Immunschwäche oder Einnahme von Medikamenten, die Immunsystem/Wundheilung beeinflussen?	☐	☐	
Neigung zu Keloiden oder überschießender Narbenbildung?	☐	☐	
Epilepsie, bekannte Ohnmachts- oder starke Kreislaufreaktionen?	☐	☐	
Aktuelle Schwangerschaft (falls zutreffend)?	☐	☐	
In den letzten 24 Stunden Alkohol, Cannabis oder andere berauschende Substanzen konsumiert?	☐	☐	

Weitere gesundheitlich relevante Angaben / regelmäßige Medikamente:

4. Aufklärung über Risiken und Nachsorge

Mir wurde erklärt, dass ein Piercing bzw. Ohrlochstechen trotz fachgerechter Durchführung mit Risiken verbunden ist. Dazu zählen insbesondere:

- Schmerzen, Blutung, Schwellung und Bluterguss
- allergische Reaktion / Materialunverträglichkeit
- Narbenbildung, hypertrophe Narben oder Keloide
- vorübergehende oder dauerhafte Sensibilitätsveränderungen
- bei Oralpiercings: mögliche Zahn-/Zahnfleischschäden und stärkere Schwellung
- Entzündung oder Infektion
- verzögerte oder gestörte Wundheilung
- Einwachsen, Druckstellen, Migration oder Abstoßung des Schmucks
- bei Knorpel: selten schwerwiegendere Infektionen mit möglicher Gewebeschädigung

Ich habe Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen. Die Pflege- und Nachsorgehinweise wurden mir erklärt und ausgehändigt. Bei ungewöhnlichen oder zunehmenden Beschwerden (z. B. starke Schmerzen, ausgeprägte Rötung/Überwärmung, Eiter, Fieber oder deutliche Verschlechterung) werde ich das Studio kontaktieren und erforderlichenfalls ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

5. Einwilligung in die Behandlung

- ☐ Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind.
- ☐ Ich beauftrage die Body-Artist GmbH mit der oben bezeichneten Behandlung und willige nach erfolgter Aufklärung ausdrücklich in deren Durchführung ein.
- ☐ Mir ist bewusst, dass trotz fachgerechter Durchführung typische Komplikationen auftreten können. Ein komplikationsfreier Heilungsverlauf, eine bestimmte Heilungsdauer oder ein bestimmtes ästhetisches Ergebnis werden nicht garantiert.
- ☐ Ich verpflichte mich, die erhaltenen Pflegehinweise zu beachten und bei Problemen frühzeitig Kontakt aufzunehmen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlung aus fachlichen oder gesundheitlichen Gründen abgelehnt oder abgebrochen werden kann.

6. Zusätzlich bei Minderjährigen (unter 18 Jahren)

Bei Minderjährigen müssen die erforderlichen Sorgeberechtigten zustimmen. Bei gemeinsamem Sorgerecht und nur einer anwesenden Person muss die gesonderte „Einwilligung und Vollmacht des weiteren Sorgeberechtigten“ vorliegen. Bei alleinigem Sorgerecht genügt die ausdrückliche Bestätigung. Body-Artist: Ohrläppchen ab 4 Jahren; 4–13 Jahre nur Ohrläppchen; ab 14 Jahren freigegebene Piercings.

Sorgeberechtigte/r 1*			☐ Mutter ☐ Vater ☐ gesetzl. Vormund
Geburtsdatum*		Telefon (optional)	
Sorgerechtsstatus*	☐ alleiniges Sorgerecht ☐ gemeinsames Sorgerecht		
Bei alleinigem Sorgerecht	☐ Ich bestätige ausdrücklich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.		
Bei gemeinsamem Sorgerecht	☐ beide Sorgeberechtigten persönlich anwesend ☐ Sorgeberechtigte/r 2 nicht anwesend - Einwilligung und Vollmacht liegt als Anlage vor		
Sorgeberechtigte/r 2 (nur wenn anwesend)	Name, Vorname:		
Geburtsdatum		Verhältnis zum Kind	☐ Mutter ☐ Vater ☐ gesetzl. Vormund

Erklärung der sorgeberechtigten Person(en): Mit der/den Unterschrift(en) werden die Angaben zum Sorgerecht bestätigt, in die oben bezeichnete Behandlung eingewilligt und dem Abschluss des hierfür erforderlichen Werkvertrags zugestimmt.

Zustimmung der minderjährigen Person: Die Behandlung erfolgt nur bei freiwilliger Zustimmung und niemals gegen den erkennbaren Willen. Bei 4–13 Jahren wird die Zustimmung durch die ausführende Person festgestellt; ab 14 Jahren zusätzlich durch eigene Unterschrift.

☐ Zustimmung der minderjährigen Person wurde vor der Behandlung festgestellt.

7. Identitätsprüfung und Datenschutz

Kundin/Kunde	☐ Personalausweis / ID-Karte ☐ Reisepass	Original geprüft	☐ Ja
Bei U18: Sorgeberechtigte/r 1	☐ Personalausweis / ID-Karte ☐ Reisepass	Original geprüft	☐ Ja
Sorgeberechtigte/r 2	☐ Personalausweis / ID-Karte ☐ Reisepass ☐ Vollmacht liegt als Anlage vor	Prüfung erfolgt	☐ Ja

Von anwesenden Personen werden keine Ausweiskopien angefertigt; Original und Angaben werden abgeglichen und die Prüfung dokumentiert. Bei einem nicht anwesenden weiteren Sorgeberechtigten erfolgt die Identitäts- und Unterschriftenprüfung über die gesonderte Vollmacht; eine dafür verwendete Ausweiskopie wird anschließend vernichtet. Bei abweichenden Nachnamen oder Zweifeln an der Eltern-Kind-Zuordnung kann ein geeigneter amtlicher Nachweis im Original verlangt werden. Gesundheitsdaten werden nur zur sicheren Durchführung/Dokumentation und zur Erfüllung rechtlicher Pflichten verarbeitet. Weitere Datenschutzinformationen: im Studio und unter www.body-artist.de.

☐ Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung der von mir angegebenen Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke ein.

8. Unterschriften

Bamberg, den: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2 (wenn anwesend): _____

Unterschrift Kunde / ab 14: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1: _____