

Einwilligungserklärung zum Ohrlochstechen

Datum _____

Händler
Stempel

Kunde Name _____

Adresse _____

Geb.-Datum. _____ Tel.-Nr. _____

Vorlage Personalausweis (falls erforderlich) ja

Ist Grundimmunisierung erfolgt? ja nein

(bei Kindern ab 4 Monaten)

Hiermit erkläre ich, dass mir auf meinen 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 befinde mich aus keinerlei Gründen in ärztlicher Behandlung, durch welche es mir untersagt wäre, mir Ohrlöcher stechen zu lassen. Sollte ich mich in ärztlicher Behandlung befinden, z.B. schwanger sein, habe ich die Erlaubnis meines behandelnden Arztes eingeholt, mir Ohrlöcher stechen zu lassen.

Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Härmophilie noch an einer Herzerkrankung und nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein. Ich stehe nicht unter Einfluss von Drogen oder Alkohol

Mir wurde eine Princess-Pflegeanleitung ausgehändigt, die ich gelesen und verstanden habe. Ich bin mir über die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Metallunverträglichkeit oder anderen Gründen bewusst, wobei die häufigste Ursache in der nicht sorgfältigen Einhaltung der empfohlenen Pflegeanleitung liegt.

Ich bin mir bewusst, dass sich beim Durchstechen von Knorpelgewebe das Risiko von Rötungen, Schwellungen und Infektionen aufgrund der natürlichen Beschaffenheit dieses Bereiches und/oder unzureichender Nachpflege erhöht, wobei es zu bleibenden Schäden des durchstochenen Knorpelbereiches kommen kann. Ich nehme dieses Risiko wissentlich auf mich. Ich bin mir bewusst, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund der äußeren Umstände erhöht, wenn das frisch durchstochene Ohr Umwelteinflüssen wie z.B. beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird. Ich verpflichte mich, der Pflegeanleitung sorgfältig Folge zu leisten. Ich wurde darüber informiert, dass meine Ohren mit sterilen medizinischen Ohrsteckern durchstochen werden.

Würde nach dem Durchstechen des Ohres in seltenen Fällen eine ärztliche Behandlung notwendig werden oder aber würde es zu Folgeschäden kommen, so besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse mich in angemessener Höhe an den Kosten beteiligt und evtl. das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise versagt oder zurück fordert.

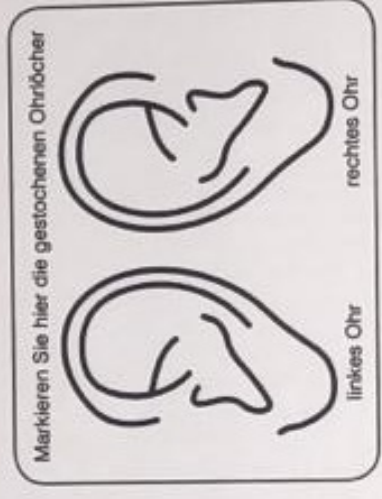
Ich erkläre hiermit, dass ich älter als 16 Jahre, bzw. bei unter 16 Jahren ein Elternteil / gesetzliche Vertreter des Minderjährigen bin. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei einer fälschlich geleisteten Unterschrift eines Minderjährigen um Betrug handelt.

Indem ich die Einverständniserklärung unterzeichne, erkläre ich, dass ich trotz der dargestellten Risiken mir Ohrlöcher durch einen Mitarbeiter des oben genannten Geschäfts stechen lasse. Unter der Voraussetzung, dass mir in diesem Geschäft Ohrlöcher unter Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften gestochen werden, befreie ich oben genanntes Geschäft von jeglicher Verantwortung für sämtliche Verletzungen oder 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 Verreiber oder Hersteller im Falle irgendwelcher Komplikationen, die als direkte Folge des Ohrlochstechvorganges erfolgen können. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei falschen Angaben um Betrug handelt.

Unterschrift des Kunden _____ Datum _____

Unterschrift eines Elternteils/gesetzlichen Vertreters bei unter 18-jährigen _____



Tragen Sie hier die Lot.-Nr. der verwendeten Ohrstecker ein. _____