

# TATTOO SW DESIGN

Lange Straße 5  
37339 Worbis

## Einwilligungserklärung zur Tätowierung

Vorname, Name:

Größe der Tätowierung:

Geburtsdatum:

Körperstelle:

Straße:

PLZ, Ort:

Die persönlichen Daten des Kunden werden vertraulich behandelt. Sie sind ausschließlich für den internen Bedarf vom Tattoostudio SW Design in Worbis bestimmt.

**Die unterzeichnende Person erklärt hiermit verbindlich, dass das Anbringen von einer oder mehrerer Tätowierungen auf eigenen Wunsch, eigenes Verlangen und eigene Entscheidung unter Ausschluss jeglicher Gewährleistung und Haftung gegenüber der/ den ausführenden Person/en, vorgenommen wird.**

Die §183 Abs.4 und §184 Abs.3 des BGB werden ausgeschlossen, da deren Voraussetzungen nicht vorliegen. Auf eine Anzeige nach §223 ff STGB wird verzichtet.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, das 18. Lebensjahr vollendet zu haben. Für Personen unter 18 Jahren muss die unten stehende Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten ausgefüllt werden.

Jugendliche unter 16 Jahren werden in unserem Studio nicht tätowiert.

Um das Alter zweifelsfrei feststellen zu können, ist unbedingt der Personalausweis ohne Aufforderung vorzulegen.

Die unterzeichnende Person erklärt, umfassend über das Thema Tätowierung sowie die Nachbehandlung unterrichtet worden zu sein. Die unterzeichnende Person erklärt ferner, dass sie nicht an Blutneigung leidet, auch nicht HIV positiv ist, desweiteren sich nicht in Behandlung von Thrombosen in Verbindung mit Blutgerinnungshemmern (Antikoagulantien, Marcumr usw.) steht. Andere **Erkrankungen (Hepatitis, Diabetis usw.) sind uns unbedingt mitzuteilen!**

**Das Tattoostudio weist ausdrücklich darauf hin, dass das fachlich richtige Anbringen von Tätowierungen zum Teil mit erheblichen Schmerzen verbunden sein kann.**

**Die Tätowierung begleitet den Träger sein ganzes Leben lang.**

### Wichtige gesundheitliche Angaben

bitte mit ja oder nein antworten.

1) Besteht eine Allergie? .....

2) Sind Sie Diabetiker? .....

3) Sind Sie Bluter? .....

- 4) Hatten Sie schon einmal Herpes an der Stelle,  
an der die Behandlung angewendet wird ? .....
- 5) Haben Sie häufig Infektionen? .....
- 6) Haben Sie Hepatitis?.....
- 7) Sind Sie HIV positiv ?.....
- 8) Neigen Sie schnell zu Blutergüssen oder blauen Flecken? .....
- 9) Haben Sie eine Chemotherapie hinter sich?.....
- 10) Nehmen Sie Cortison?.....
- 11) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?.....
- 12) Haben Sie ein Herzleiden oder einen Herzschrittmacher? .....
- 13) Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? .....
- 14) Haben Sie Neurodermitis oder andere Hautkrankheiten? .....
- 15) Haben Sie die Kundeninformation vor der Behandlung gelesen? .....
- 16) Haben Sie weitere Fragen zur Behandlung? .....

Bei Beantwortung einer der Gesundheitsfragen mit "ja" wird zur Sicherheit eine Behandlung nur nach Rücksprache mit ihrem Arzt durchgeführt.

Um die Gesundheit unserer Kunden und auch unsere Gesundheit sicher zu stellen, sind Sie verpflichtet, uns über vorliegende Krankheiten zu informieren! Das gilt im Besonderen bei übertragbaren Krankheiten.

Worbis, den.....

Unterschrift:.....