



SkinStory Tattoo & Piercing Studio Piercing Einverständniserklärung (unter 18 Jahren)

Name des Kindes: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Vollständiger Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Medizinische Fragen (bitte ankreuzen):

☐ Blutgerinnungsstörungen

☐ Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Psoriasis)

☐ Allergien (z. B. Latex, Nickel, Farben) _____

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Epilepsie / Diabetes

☐ Schwangerschaft / Stillzeit

☐ Einnahme blutverdünnender Medikamente

☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Ich bestätige, dass ich alle relevanten medizinischen Informationen wahrheitsgemäß angegeben habe.

Ich wurde umfassend über Ablauf, Risiken (Infektionen, allergische Reaktionen, Farbveränderungen, Narbenbildung, Schmuckverlust), mögliche Komplikationen und Nachsorge informiert.

Mir ist bewusst, dass Tattoos/Piercings dauerhaft sind und nur schwer oder gar nicht vollständig entfernt werden können.

Ich entbinde das Studio von jeglicher Haftung für Komplikationen, die durch unvollständige oder falsche Angaben oder durch unterlassene Nachsorge entstehen.

Einwilligung zur Foto-/Videoverwendung: Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift Kunde: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____