

ASIAKASTIETOLOMAKE

Olen täyttänyt 16-vuotta

(nänni- sekä intiimilävistyksissä ikäraja on 18 vuotta). _____ KYLLÄ _____ EI _____

Minulla on HIV/Aids, hepatiitti tai muu veriteitse tarttuva tauti _____ KYLLÄ _____ EI _____

Olen päihdyttävien aineiden vaikutuksen alaisena _____ KYLLÄ _____ EI _____

Käytän verta ohentavia lääkkeitä _____ KYLLÄ _____ EI _____

Annan suostumuksen lisätä itseni kanta-asiakkaaksi _____ KYLLÄ _____ EI _____

Lävistyksen jälkihoito on asiakkaan omalla vastuulla. Mahdollisissa ongelmatilanteissa on yhteyttä lävistäjään. Asiakkaan tulee noudattaa hänelle annettuja hoito-ohjeita.

Asiakas vakuuttaa allekirjoituksella antamansa tiedot oikeiksi.

Lävistyksen sijainti: _____

Asiakkaan nimi: _____

Syntymäaika: _____

Puh.nro: _____

Sähköposti: _____

Kotipaikkakunta: _____

Päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Alle 16 vuotiaalta vaaditaan huoltajan suostumus!

Huoltajan nimi: _____

Huoltajan puh.nro: _____

Huoltajan allekirjoitus: _____