Einverständniserklärung · Piercing · minderjährig

SKYNZ UG (haftungsbeschränkt) · Schönberger Str. 16, 24148 Kiel

0155 60663070 · kiel@inksociety.tattoo

Kinder-Ohrlochpiercing: ab 4 Jahren.

1 · Person & geplanter Eingriff

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Piercing / Körperstelle / Seite: _____

2 · Gesundheit – bitte jede Zeile beantworten

Angaben beziehen sich auf die zu behandelnde Person. Bei „Ja“ bitte unten erläutern; Unsicherheiten vor dem Eingriff besprechen.

Gerinnungsstörung / erhöhte Blutungsneigung?	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes, Immunschwäche oder relevante Herz-/Gefäßerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Allergien (z. B. Metalle, Latex, Desinfektion, Pflaster, Farben)?	☐ Ja ☐ Nein
Hauterkrankung, Entzündung oder Verletzung an der geplanten Stelle?	☐ Ja ☐ Nein
Akute Erkrankung / Fieber oder bekannte relevante Infektion?	☐ Ja ☐ Nein
Neigung zu starken Narben / Keloiden oder frühere Heilungsprobleme?	☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie, Ohnmachtsneigung oder andere relevante Erkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Medikamente (z. B. Blutverdünner, Immunsuppressiva, Antibiotika)?	☐ Ja ☐ Nein
Schwangerschaft / Stillzeit (sonst „Nein“)?	☐ Ja ☐ Nein

Erläuterungen / Medikamente / Allergien: _____

Weitere Angaben / ggf. ärztliche Abklärung: _____

Bitte Medikamente nicht eigenständig absetzen. Änderungen bis zum Termin mitteilen. Bei ungeklärten Risiken wird der Eingriff verschoben oder abgelehnt.

3 · Aufklärung – Risiken & Nachsorge

Beim Piercen wird Gewebe durchstochen und Schmuck eingesetzt. Möglich sind Schmerzen, Blutung, Schwellung, Infektion, Allergien, Narben / Keloide, Gefühlsstörungen, verzögerte Heilung sowie Einwachsen, Wandern, Herauswachsen oder Ausreißen des Schmucks. Auch nach Entfernen können Löcher und Narben bleiben.

Je nach Stelle bestehen zusätzliche Risiken: bei Knorpel Entzündung und Verformung; im Mund Zahn- und Zahnfleischschäden, Verschlucken / Einatmen von Schmuck und starke Schwellung; im Intimbereich Verletzungen und Funktionsstörungen. Die individuell relevanten Risiken werden persönlich erläutert.

Fortsetzung, Datenschutz und Unterschriften auf Seite 2. Beide Seiten gehören zusammen.

Einverständniserklärung · Piercing · minderjährig

SKYNZ UG (haftungsbeschränkt) · Schönberger Str. 16, 24148 Kiel
0155 60663070 · kiel@inksociety.tattoo

Name der behandelten Person: _____

Nachsorge: Heilungsdauer, Reinigung, Wundschutz und Einschränkungen (z. B. Sport, Schwimmen, Sauna, Sonne) werden passend zur Körperstelle erklärt. Pflegeanleitung beachten. Bei zunehmenden Schmerzen, starker Rötung, Eiter oder Fieber ärztlich abklären lassen; bei Atemnot oder schweren akuten Beschwerden 112. Das Studio ersetzt keine ärztliche Behandlung.

Folgekosten: Bei einer durch Tattoo oder Piercing verursachten Erkrankung müssen gesetzlich Versicherte nach § 52 Abs. 2 SGB V angemessen an den Kosten beteiligt werden. Krankengeld ist für die Behandlungsdauer ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern. Diese Einwilligung enthält keinen Haftungsverzicht.

Besprochene Besonderheiten / voraussichtliche Heilungsdauer: _____

Sorgeberechtigte & Zustimmung

Studio-Regel: Bei gemeinsamer Sorge unterschreiben beide Sorgeberechtigten; mindestens eine Person begleitet den Termin. Alleinsorge / andere Vertretung ist nachzuweisen. Identität und Berechtigung werden geprüft.

Sorgeberechtigte Person 1: Name / Telefon: _____

Sorgeberechtigte Person 2: Name / Telefon: _____

☐ Gemeinsame Sorge ☐ Alleinsorge ☐ Andere Vertretung: _____

Ich / wir stimme(n) dem bezeichneten Piercing zu und unterstütze(n) die Nachsorge. Aufklärung erfolgt auch altersgerecht mit der minderjährigen Person. Ohne ihren verständigen, freiwilligen Wunsch wird nicht gepierct.

4 · Datenschutz & ausdrückliche Einwilligung

Verantwortlich: SKYNZ UG (haftungsbeschränkt), Kontakt siehe Kopfzeile. Stamm- und Termindaten dienen dem Vertrag (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO); Gesundheitsangaben der Risikoprüfung, Durchführung und Dokumentation auf Grundlage ausdrücklicher Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Erforderliche Aufbewahrung zur Rechtsverteidigung: Art. 6 Abs. 1 lit. f, Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO; Interesse: Wahrung rechtlicher Ansprüche.

Zugriff: zuständige Mitarbeitende, nötige vertraulich verpflichtete Dienstleister; weitere Empfänger nur bei gesetzlicher Pflicht oder zur Rechtsverfolgung. Löschung, sobald der Zweck entfällt und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder erforderliche Rechtsverteidigung entgegenstehen. Es gelten die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit sowie Widerspruch gegen Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Beschwerden: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD).

Angaben sind freiwillig; ohne erforderliche Daten und Einwilligung ist kein sicherer Eingriff möglich. Widerruf jederzeit beim Studio für die Zukunft; bisherige Verarbeitung bleibt rechtmäßig. Werbefotos / Veröffentlichungen nur mit gesonderter Einwilligung.

☐ Ich / wir willige(n) ausdrücklich in die oben beschriebene Verarbeitung der Gesundheitsangaben ein. Die Unterschrift(en) unten gelten auch für diese gesondert angekreuzte Einwilligung.

5 · Freiwillige Einwilligung & Unterschriften

Ich möchte das bezeichnete Piercing aus eigenem Wunsch. Ich habe meine Angaben nach bestem Wissen gemacht und bin nicht durch Alkohol, Drogen oder andere Mittel in meiner Entscheidung beeinträchtigt. Ablauf, Risiken, Alternativen einschließlich Verzicht und Nachsorge wurden verständlich erklärt; ich konnte Fragen stellen und hatte Bedenkzeit. Ich willige in den beschriebenen Eingriff ein. Ich kann vor und während des Eingriffs Stopp sagen.

Ort, Datum / Uhrzeit vor Eingriff: _____

Unterschrift minderjährige Person: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1 _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2 _____

Studio: ☐ Identität / Alter geprüft ☐ Sorgeberechtigung geprüft ☐ Einsichtsfähigkeit geprüft
☐ Aufklärung erfolgt ☐ Pflegeanleitung ausgehändigt ☐ Kopie der Erklärung ausgehändigt

Name / Unterschrift ausführende Person: _____