

# S T I C H

TATTOO & PIERCING

## Einverständniserklärung für Minderjährige

### KOMPLETT und LESERLICH ausfüllen

Termin Datum/ Uhrzeit:	Personalausweis / Führerscheinnummer:
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Name der Minderjährigen Person:
Straße:	Postleitzahl:
Wohnort:	Telefonnummer:
Gesamtpreis:	Tattoo [ ] Piercing [ ] Art:

**Bitte lesen Sie unsere Geschäftsbedingungen (Auszug) sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie diese verstanden haben und akzeptieren.**

1. Stich bedient nur Kunden, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben oder eine Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten, sowie dessen Personalausweis vorgelegt haben.  
Wir behalten uns vor das Mindestalter für die jeweiligen Leistungen in Einzelfallentscheidungen festzusetzen.
2. Stich Tattoo & Piercing führt keine Arbeiten an Kunden durch, welche unter akuter Alkohol, Drogen oder Medikamenteneinwirkung stehen. Angaben darüber hat der Kunde zu machen.
3. Stich Tattoo & Piercing bedient keine Kunden, die nicht zu ihrer eigenen Sicherheit Angaben über Erkrankungen machen, z. B. Aids, Hepatitis, Bluter, Epilepsie, Herz- / Kreislauferkrankungen und/oder - schwächen, Diabetes oder die zu Blutungen neigen auf Grund Antikoagulantium / gerinnungshemmende Medikamente (Markumar). Alle angaben werden streng vertraulich behandelt.
4. Stich Tattoo & Piercing übernimmt keine Haftung für Schäden, die während des Tätowierens oder Piercens bzw. danach am Kunden und seinem Körper entstehen können, z. B. Allergien, Entzündungen, Erkrankungen jeglicher Art. Sollten Erkrankungen oder Komplikationen, welcher Art auch immer, auftreten, so entlastet der Kunde den Piercer/Tätowierer mit seiner Unterschrift jeglicher rechtlicher Ansprüche (Schadenersatz, Schmerzensgeld, ärztliche Rechnungen und dergleichen).
5. (nur für Tätowierungen) Die abgesprochenen Preise sind **KEINE** Festpreise. Da tätowieren eine „Kunstform“ ist, kann es immer zu Schwankungen des Preises sowie der Tätowierzeit kommen. Ebenso wird die Leistung direkt nach erbringen, BAR, vor Ort vom Kunden bezahlt. Sollten hierzu Fragen auftreten bitten wir diese **VOR** dem Unterschreiben zu klären. Ebenso tritt der Kunde mit seiner Unterschrift jegliche Rechte am eigenen Bild des Tattoos/Piercing an Stich Tattoo & Piercing und seinen Tätowierern ab. (Dies betrifft ausschließlich und allein die tätowierte/gepiercte Stelle.)
6. Wird ein Piercing / Tattoo vor Beginn der Arbeit von Seiten des Kunden abgebrochen so ist eine Pauschale in Höhe von 20€ bzw: 50% des Tattoopreises zu zahlen.

### **Einwilligung AGB**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Geschäftsbedingungen gelesen, verstanden und aus freier Entscheidung akzeptiert habe. Ebenso wird bestätigt, dass ich in vollem rechtlichem Umfang und vor deutschem Gesetz die erziehungsberechtigte Person bin

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Einwilligung Körperverletzung**

Mir ist bewusst, dass das Tätowieren / Piercen im Sinne des Strafgesetzbuches, § 223,224, den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt. Ich willige hiermit in diese Körperverletzung als Erziehungsberechtigter ein und entbinde den Tätowierer / Piercer mit meiner Unterschrift von jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?**

O Ja O Nein

Wenn ja; Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

**1. Herz**

Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)

O Ja O Nein

Herzschwäche (Insuffizienz)

O Ja O Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)

O Ja O Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

O Ja O Nein

**2. Kreislauf**

Erhöhter Blutdruck

O Ja O Nein

Zu niedriger Blutdruck

O Ja O Nein

**3. Blut**

Blutarmut (Anämie)

O Ja O Nein

Blutungsneigung

O Ja O Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

O Ja O Nein

**4. Lunge**

Asthma / chronische Bronchitis

O Ja O Nein

Tuberkulose

O Ja O Nein

**5. Stoffwechsel**

Zuckerkrankheit (Diabetes)

O Ja O Nein

Schilddrüsenerkrankungen

O Ja O Nein

Leberkrankheiten / Hepatitis / Gelbsucht

O Ja O Nein

Nierenerkrankungen

O Ja O Nein

**6. Nervensystem**

Anfallsleiden

O Ja O Nein

Depression

O Ja O Nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

O Ja O Nein

**7. Allergien**

Heuschnupfen / Ekzeme

O Ja O Nein

Medikamenten-Allergie

O Ja O Nein

Penicillin-Allergie

O Ja O Nein

Sonstige

O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**8. Sonstige bestehende Erkrankungen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? (die Anti-Baby-Pille ist nicht relevant)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Sind Sie schwanger/ Stillen Sie?**

O Ja O Nein

**11. Sind Sie HIV-Positiv?**

O Ja O Nein

(Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt!)

**12. Haben sie in den letzten 24h Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert?**

O Ja O Nein

Wenn ja, in welcher Menge und Art? \_\_\_\_\_