



## Einwilligungserklärung für ein Piercing

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten über das Planity Tool gespeichert werden, dies kann ich jederzeit widerrufen.

Art/Körperstelle des Piercings: \_\_\_\_\_

Bitte beantworte die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen.

Bist Du schon gepierct?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Piercings hast du bereits?

Hast Du ausreichend gegessen und getrunken?  Ja  Nein

Treibst du Sport?  Ja  Nein

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

Hast Du gestern Alkohol zu dir genommen?  
 Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wie viel?

Hast Du eine erhöhte Blutgerinnungsneigung?  
 Ja  Nein

Bist du Bluter?  Ja  Nein

Bist du Diabetiker/in?  Ja  Nein

Hast Du Hauterkrankungen?  Ja  Nein  
Sind bei Dir Allergien/Überempfindlichkeiten bekannt?  Ja  Nein

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

Hast Du Narbengewebe das nicht glatt verheilt ist?  Ja  Nein

Hast du bereits Erfahrungen mit Wildfleischbildung gemacht?  Ja  Nein

Hast Du Kreislaufprobleme?  Ja  Nein  
Leidest Du an zu hohem/zu niedrigem Blutdruck?  Ja  Nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein (z.B. Blutverdünnende Mittel)?

Ja  Nein

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

Wirst Du in nächster Zeit operiert?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, warum?

Bist du Epileptiker oder hast epileptische Anfälle?  Ja  Nein

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

Hast Du eine Hepatitis C, HIV, TbV Infektion?  
 Ja  Nein

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

Könntest du schwanger sein oder planst es zeitnah?  Ja  Nein

Hast Du einen Säugling und stillst?

Ja  Nein

Hast Du in nächster Zeit einen Urlaub geplant?  Ja  Nein

### **Für Intimpiercings:**

Leidest Du unter STD´s (Geschlechtskrankheiten)?  Ja  Nein

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

**Bitte wenden! → → →**

**Auch bei Sachgemäßer Ausführung des Piercens besteht das Risiko folgender, unerwünschter Nebenerscheinungen:**

- Entzündungen (Rötung, Schwellung, Lymphknotenschwellung)
- Schmerzen, Missempfindung
- Kreislaufprobleme
- Allergien
- Wundheilungsstörungen
- Wildfleischbildung, Keloid, Bildung von Abszessen
- Blutung, Hämatombildung
- Dauerhafte Narbenbildung
- Infektionen
- Gewebenekrose
- Gefäßverletzungen
- Zahnfleischschäden, Parodontose
- Zahnverschiebung
- Zahnschäden
- Sprachprobleme
- Nervenverletzungen
- Vorübergehendes oder dauerhaftes Taubheitsgefühl
- Knorpelreizung oder Knorpeldeformation
- Abstoßreaktion
- Thrombose
- Embolie
- Neurologische Ausfälle

Sollten Komplikationen in Folge eines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so kann es sein, dass die Krankenversicherung mich an den Kosten beteiligt.

Diese Aufklärung bezog sich auf die beim Piercen verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, über die Art und Weise der Durchführung der Anbringung des Schmucks und Piercing Vorganges, über die richtige Nachsorge sowie über die Tatsache, dass diese mit der Verursachung von Schmerzen verbunden sein kann. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet.

Eine Pflegeanleitung und die benötigten Pflegemittel wurden mir ausgehändigt.

Ich bestätige hiermit:

- dass ich volljährig bin bzw. ein gesetzlicher Erziehungsberechtigter anwesend ist
- ich nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten bin
- in vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte bin und stimme dem Piercing ausdrücklich zu

Das Anbringen eines Piercings stellt laut § 223 Abs. 1 StGB einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und ist somit eine Körperverletzung. Durch meine Unterschrift entfällt die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung!

---

Datum, Unterschrift

## Minderjährig?

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die aufgeführte Behandlung erlaubt wird. Und bestätige die Richtigkeit der gemachten Daten und Angaben als **Erziehungsberechtigte/r**. Eine Kopie des Ausweises wurde beigefügt.

---

Vor- und Nachname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ Wohnort

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r