

## **Einverständniserklärung**

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, mir ein Tattoo / Piercing stechen zu lassen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtstag: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PA-Nr.: \_\_\_\_\_

Um Gefahrenquellen im Vorfeld zu erkennen und spezielle Risiken besser abschätzen zu können, bitte folgende Fragen sehr sorgfältig beantworten.

Medikamente: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Wundheilungsstörungen: \_\_\_\_\_

Kreislaufprobleme: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung: \_\_\_\_\_

Epileptiker: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Mögliche Komplikationen Piercing:**

Nachblutung, Kreislaufstörung, Rötung, Allergie, Entzündung, Infektion, Zahnschädigungen, Granulom, Bluterguss, Blutvergiftung, Schmerzen, Lymphgefäßentzündung, Verletzung von Blutgefäßen, Knorpelschäden, Verletzung von Nervenenden, Narbenbildung.  
Zudem kann ein Piercing (z. B. Zunge) zu Problemen bei einer Intubation (künstliche Beatmung) führen.

### **Mögliche Komplikationen Tattoo:**

Kreislaufstörung, Entzündung, Infektion, Blutvergiftung, Bluterguss, Narbenbildung, Farbpigmentverlust, Schmerzen, Rötung, Allergie, Lymphgefäßentzündung.

Falls eine der oben genannten Komplikationen auftritt wenden Sie sich bitte umgehend als Erstes an unser Studio oder an einen Arzt.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_