



Bestätigung bei Minderjährigen:

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> am Bauchnabel | <input type="checkbox"/> an der Nase |
| <input type="checkbox"/> an der Augenbraue | <input type="checkbox"/> an der Zunge |
| <input type="checkbox"/> am Ohr | <input type="checkbox"/> an der Lippe |
| <input type="checkbox"/> sonstige Körperstellen _____ | |

aus freiem Willen gepierct werden will. Gleichzeitig erkläre ich, dass ich nicht unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss stehe. Ich bin darüber informiert worden, dass es trotz sorgfältigster Durchführung zu Infektionen oder allergischen Reaktionen kommen kann. In diesem Fall suche in unverzüglich einen Arzt auf. Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadensersatzansprüche jeglicher Art gegen das ausführende Studio sowie dessen Lieferanten geltend machen werde. Die Informationen zur Hygiene nach dem Piercing wurden mir ausgehändigt und von mir beachtet.

Datum _____ Unterschrift _____

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter an der von ihr/ihm gewünschten Stelle gepierct wird. Mit den oben getroffenen Vereinbarungen erkläre ich mich ebenfalls einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift _____

!!! Bitte eine Kopie des Personalausweises der/des Erziehungsberechtigten vorlegen !!!