

Piercing Einverständniserklärung / Vertrag
„My Own Tattoo & Piercing“

Lindenstrasse 6
Potsdam 14467

USt ID: DE262472552

Vertreten durch: Alexander Zschoch / Sven Schröder

Informationen zur Behandlung – vom Studio auszufüllen

Körperstelle: _____

Eingesetzter Schmuck: _____

Datum/Uhrzeit Behandlung: _____

Sterilgut-Etiketten:

Personalien – vom Kunden / von Kundin auszufüllen

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ausweisnummer: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

1.

Gegenstand ist das Piercing, Durchstechen der Haut & des Knorpels durch „My Own“, bei oben genannter Vertragspartei.

2.

Das Piercing wird von „My Own“ an der zuvor vereinbarten Stelle dauerhaft mittels behördlich zugelassener Materialien in die Dermis / Unterhaut & Knorpel eingebracht.

3.

Die Vertragspartei hat auf die Form, Größe **vor und während** der Behandlung Einfluss.

4.

Die Vertragspartei wurde von „My Own“ über den Ablauf, die möglichen Gefahren sowie auch der Pflege im Zuge der Nachbehandlung aufgeklärt. Insbesondere wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass der Nachsorge besondere Aufmerksamkeit bedarf. Mangelnde Pflege führt zu qualitativen Verlusten am Piercing. Eine mangelhafte Nachsorge liegt ausdrücklich nicht in der Verantwortung von „My Own“. **Die**

Vertragspartei versichert, die Aufklärung verstanden zu haben. Die Vertragspartei entlässt „My Own“ aus den Gewährleistungsansprüchen durch § 397 BGB für den Fall, dass das Piercing nicht den subjektiven Ansprüchen der auftraggebenden Person entspricht. „My Own“ hat mich darüber aufgeklärt, dass je nach gewünschter Körperstelle unterschiedliche Ergebnisse nach dem Heilungsprozess zu erwarten sind. Dies gilt insbesondere bei Piercings an bestimmten Körperstellen wie z. B. Bauchnabel, Augenbraue, Surface Piercings, Dermal Anchor & sämtliche Knorpel – Piercings.

Die Vertragspartei versichert, zum Zeitpunkt der Unterschrift, keine verschreibungspflichtigen oder sonstigen Medikamente welche dem Arzneimittelgesetz unterfallen eingenommen zu haben. Ferner versichert die Vertragspartei, dass sie zum Zeitpunkt der Unterschrift, nicht intoxikiert oder sonst wie berauscht ist. Die Vertragspartei versichert, dass sie aus freier Überzeugung handelt. „My Own“ behält sich das Recht vor, spezielle Piercings abzulehnen um die daraus folgenden Komplikationen zu vermeiden.

Die Vertragspartei willigt in die Körperverletzung gem. §223, 224, 226 StGB ausdrücklich ein.

Potsdam den,Uhrzeit.....

Vertragspartei (Kund*In)

„ My Own „

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten und Bildmaterial durch

My Own Tattoo & Piercingstudio, Lindenstraße 6, 14467 Potsdam

Für unsere Tätigkeit erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse

Diese Daten werden von unserer Vertragspartei, der Shore GmbH, Shore AG, Shore Digital Solutions, SL und Shore.com, Inc. (gemeinsam als „Shore“) als Betreiber von www.Shore.com, verwaltet und gespeichert.

Nutzerrechte

Die unterzeichnende Person hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobenen Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte die unterzeichnende Person eine Übertragung ihrer Daten an eine dritte Stelle wünschen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

*My Own Tattoo & Piercingstudio
Alexander Zschoch
Lindenstraße 6
14467 Potsdam*

*Shore GmbH
Rosenheimerstr.145 e
81671 München*

Zustimmung durch die Vertragspartei

Hiermit versichert sich die unterzeichnende Person, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch ***My Own Tattoo & Piercingstudio, Lindenstraße 6, 14467 Potsdam***

zuzustimmen und über ihre Rechte belehrt worden zu sein:

.....

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung für die Fotoabbildung und Freistellung im sozialen Netzwerk

Ja..... Nein.....

Anamnese-Angaben zur Person (zutreffend bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Bist du schon gepierct?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Traten bei vorigen Piercings Probleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Hast du ausreichend gegessen und getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du unregelmäßig verheilte Narben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du bereits Wildfleischbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du jetzt oder warst du in den letzten 8 Monaten schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du noch in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Haustiere? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen bei dir Kontaktallergien vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Hattest du schon einmal eine Sarkoidose-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst du blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. Aspirin, Zytostatika, Heparine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du an ernährungsbedingten Mangelerscheinungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du zurzeit größeren Stress-Situationen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst du regelmäßig Alkohol, Drogen oder andere Tabletten zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du innerhalb der letzten 14 Tage an Symptomen wie trockenem Schnupfen, Husten, Fieber, Durchfall sowie Verlust von Geruchs- bzw Geschmacksinn gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurdest du positiv auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getestet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann offiziell genesen : _____		

Bitte nehmen Sie sich Zeit für diese Fragen und beantworten Sie sie gewissenhaft.

Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und dienen lediglich Ihrem persönlichen Schutz.

Kundenaufklärung über mögliche Komplikationen nach dem Stechen eines Piercings — vom Kunden/von Kundin aufmerksam zu lesen und anzukreuzen

Auch bei sachgemäßer Ausführung des Piercings besteht das Risiko folgender unerwünschter Nebenerscheinungen:

Entzündung	Schmerzen/Misempfindungen	Kreislaufprobleme
Allergien	Wundheilungsstörungen	Bildung von Wildfleisch / Keloid / Abzessen
Infektionen	Dauerhafte Narbenbildungen	Blutung / Hämatombildung
Gewebekrose	Gefäßverletzungen	Zahnfleischschäden / Parodontose
Zahnverschiebung	Zahnschäden	Sprachprobleme
Nervenverletzung	Knorpelreizung	Taubheitsgefühl
Knorpeldeformation	Abstoßreaktion	Thrombose
Embolie	Neurologische Ausfälle	

Sollten Komplikationen in Folge deines Piercings ärztlich behandelt werden müssen, so könnte es sein, dass sich die Krankenversicherung nicht daran beteiligt.

Habe ich zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift