

# Tattoo - Einverständniserklärung / Vertrag

Zwischen

## „My Own Tattoo & Piercing“

Lindenstrasse 6  
Potsdam 14467

USt ID: DE262472552

Vertreten durch: Alexander Zschoch/Sven Schröder  
**und**

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Körperstelle: \_\_\_\_\_

**1.**

Gegenstand ist das tätowieren / Tatauieren der Haut durch „My Own“, bei oben genannter Vertragspartei.

**2.**

Die Tätowierung wird von „My Own“ an der zuvor vereinbarten Stelle dauerhaft mittels behördlich zugelassener Tattoofarbe in die Dermis / Unterhaut eingebracht.

**3.**

Die Vertragspartei hat auf die Form, Größe sowie farbliche Gestaltung **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 Tattoo. 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 Tattoo 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 Tätowierungen an bestimmten Körperstellen wie z. B. Handgelenk, oberer Innenarm, Hände und Füße am Übergang zur Hornhaut, Knöchel, Ellenbogen sowie Kniescheiben.

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, Motive oder szenische Darstellungen abzulehnen; insbesondere gilt dies bei Darstellungen, welche geeignet sind, die freiheitliche demokratische Grundordnung in negativer Weise herabzuwürdigen.

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

Potsdam den, .....

Vertragspartei (Kund\*In) ..... „My Own“, .....

**Abnahme des Tattoos**

„My Own“  
Lindenstrasse 6  
14467 Potsdam  
USt ID: DE262472552

Vertreten durch: Alexander Zschoch / Sven Schröder

Die Tätowierung ist Vertragsgemäß vorgenommen worden? Ja..... Nein.....

Eventuelle Mängel \_\_\_\_\_

Potsdam den, .....

Vertragspartei (Kund\*In) .....

**Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten und Bildmaterial durch  
*My OwnTattoo & 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 betreibende Firma von [www.Shore.com](http://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 Tatto & Piercingstudio  
Alexander Zschoch  
Lindenstraße 6  
14467 Potsdam*

*Shore GmbH  
Rosenheimerstr.145 e  
81671 München*

**Zustimmung durch die unterzeichnende Person**

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

zuzustimmen und über ihre Rechte belehrt wurden zu sein:

.....

Datum, Unterschrift

**Einverständniserklärung für die Fotoabbildung und Freistellung im sozialen Netzwerk**

Ja.....      Nein.....

# Tattoo Einverständniserklärung / Vertrag

zwischen

## „My Own Tattoo & Piercing“

Lindenstraße 6 , 14467 Potsdam  
USt ID: DE262472552

Vertreten durch: Alexander Zschoch/Sven Schröder  
**und**

Persönliche Angaben der Vertragspartei

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

### Anamnese-Angaben zur Person (zutreffend bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Sind Sie bereits tätowiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten Probleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jetzt oder waren Sie in den letzten 8 Monaten schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie noch in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Liegen bei Ihnen Kontaktallergien vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie schon einmal eine Sarkoidose-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. Aspirin, Zytostatika, Heparine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an ernährungsbedingten Mangelerscheinungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie allergisch auf Pflaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zurzeit größeren Stress-Situationen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol, Drogen oder andere Tabletten zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie innerhalb der letzten 14 Tage an Symptomen wie trockenem Schnupfen, Husten, Fieber, Durchfall sowie Verlust von Geruchs- bzw Geschmacksinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift