

Einverständniserklärung & Anamnesebogen für Piercing (Minderjährige)

Piercing-Studio: Needles n Ink

Name des/der Piercers/in: Tanja

1. Persönliche Daten des/der Kund*in

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon/E-Mail: _____

Ausweisnummer (zur Alterskontrolle): /////

2. Anamnesebogen (Gesundheitsabfrage)

☐ Blutgerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie, Einnahme von Blutverdünnern)

☐ Allergien (z. B. Nickel, Latex, Farben, Desinfektionsmittel)

☐ Hautkrankheiten oder Wundheilungsstörungen

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Epilepsie oder Ohnmachtsanfälle

☐ Immunschwäche oder chronische Erkrankungen

☐ Schwangerschaft oder Stillzeit

☐ Diabetes mellitus

☐ Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV)

☐ Sonstiges: _____

Aktuelle Medikamente: _____

3. Hinweise und Aufklärung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass:

- Piercings mit Risiken verbunden sind (Infektionen, allergische Reaktionen, Schwellungen, Narbenbildung).
- je nach Körperstelle spezifische Risiken auftreten können (z. B. Zahn- und Zahnfleischschäden bei Oral-Piercings, Knorpelschäden bei Ohrknorpelpiercings).
- die Heilungsdauer je nach Körperstelle mehrere Monate betragen kann.
- eine sorgfältige Nachsorge und Hygiene zwingend erforderlich sind.
- das Ergebnis durch individuelle Heilung und Nachsorge beeinflusst wird.
- ich über den Ablauf, mögliche Risiken und die Nachsorge informiert wurde.

4. Einverständniserklärung

- Ich erkläre, dass ich als minderjährige/r Kund*in nur mit Einwilligung meiner Erziehungsberechtigten ein Piercing/Tattoo erhalten darf.
- Ich bestätige, dass ich die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.
- Ich entbinde das Studio von der Haftung für Komplikationen, die durch verschwiegenen Gesundheitszustand oder unsachgemäße Nachsorge entstehen.

Ort, Datum: 23.05.2026

Unterschrift Kund*in (Minderjährige/r): _____

Unterschrift Piercer/in / Tätowierer/in: _____

5. Zustimmung der Erziehungsberechtigten

Ich, _____ (Name Erziehungsberechtigte/r), bestätige hiermit,
dass ich mit der Durchführung des Eingriffs bei meinem Kind

_____ (Name des/der Minderjährigen) einverstanden bin.

Ich habe die Aufklärung gelesen, verstanden und die Möglichkeit zur Rückfrage genutzt.

Mir ist bewusst, dass mit dem Eingriff gesundheitliche Risiken verbunden sein können.

Ort, Datum (Erziehungsberechtigte/r): _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____