

Rock the Body Tattoo & Body Piercing

Ich erlaube dem Rock the Body Tattoo und Body Piercing Studio mein(e) _____ zu piercen und im Wissen, dass dies unter sterilen Bedingungen geschieht, verzichte ich auf jegliche gesetzlichen Schritte gegen Mitarbeiter von Rock the Body Tattoo & Body Piercing im Falle einer späteren Infektion.

Ich bin mir bewusst, dass dieser Eingriff einer besonderen Nachpflege bedarf. Ich darf mir sicher sein, dass ich von geschultem Personal, geeigneten Instrumenten und Techniken sowie unter Einhaltung aller nötigen medizinischen Sorgfalt und Hygiene behandelt werde. Mir ist bewusst, dass mein Piercing zwischen _____ oder länger zur Heilung braucht. Der Preis beträgt Fr. _____ und wird bar bezahlt.

Ich bestätige, dass ich weder an schweren Krankheiten (HIV,HPV e.t.c.) oder Allergien leide, die durch ein Piercing mein Wohlbefinden oder meine Gesundheit gefährden könnten, weder bin ich schwanger noch stille ich.

Ich bin mindestens 18 Jahre alt oder habe eine schriftliche Zustimmung meiner Erziehungsberechtigten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den oben stehenden Text gelesen und verstanden habe.

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Unterschrift _____

Unterschrift
Erziehungsberechtigter _____

Datum _____ Ort _____