

Tattoo & Piercing Haftungsentbindung

Vorname/Name _____

Adresse: _____

Telefon /Handy: _____

Ich nehme folgende Medikamente:

Ich habe folgende Krankheiten/Allergien:

Zu Eurer eigenen und unserer Sicherheit sind Angaben über Erkrankungen unumgänglich. Es müssen zwingend Angaben gemacht werden über alle bekannten Krankheiten wie z.B. Aids, HIV oder Hepatitis. Ebenfalls müssen wir wissen, ob Ihr Bluter seid und dagegen gerinnungshemmende Medikamente nehmt oder an Herz- & Kreislauferkrankungen oder Epilepsie leidet. Wir behandeln keinen, der unter Alkohol- oder Drogen steht!

Der/Die Tätowierer-/in bzw. Piercer/in wird hiermit von der Haftung für Schäden, die während der Tattoo-, bzw. Piercingbehandlung sowie anschließend an seinem Körper entstehen können wie z.B. Allergien und Entzündungen sowie Erkrankungen jeder Art. Sollten Komplikationen auftreten, gleich welcher Art, so entlastet der Kunde den/die Piercer-/in oder Tätowierer-/in mit seiner Unterschrift von allen Ansprüchen wie z.B. Schmerzensgeld, Arztrechnungen, Schadensersatz oder dergleichen.

Ich bin über sämtlichen möglichen Risiken und Komplikationen vom/von der Piercer-/in bzw. Tätowierer-/in aufgeklärt worden. Einen Pflegezettel für die ordnungsgemäße Nachbehandlung habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständig- und Richtigkeit meiner obigen Angaben bezüglich der Medikamenteneinnahme und vorhandenen Krankheiten/Allergien. Ich willige hiermit in die Piercing- /Tattoobehandlung ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____