JUWELIER

Kollroß

Einverständniserklärung

Ohrlochstechen mit STUDEX | Bitte ausfüllen und unterschrieben mitbringen.

01 Angaben zur Person, die Ohrlöcher erhält

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

Telefon

Gewünschtes Ohrläppchen: ☐ rechts ☐ links

Stichstelle wird vor Ort gemeinsam festgelegt.

02 Minderjährige: Zustimmung und Begleitung

Unter 14 Jahren: Ein Erziehungsberechtigter muss persönlich begleiten und unterschreiben.
14 bis 17 Jahre: Ohne Begleitung möglich, wenn diese Erklärung von einem Erziehungsberechtigten unterschrieben vorliegt.

Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten (bei unter 18 Jahren)

Telefon / Erreichbarkeit

03 Einwilligung und wichtige Hinweise

Ich willige in das Ohrlochstechen am oben ausgewählten Ohrläppchen durch Juwelier Kollroß mit STUDEX ein. Bei Minderjährigen erteile ich als gesetzlicher Vertreter die Zustimmung für die oben genannte Person.

• Mir sind mögliche Schmerzen, Blutungen, Rötungen, Schwellungen, Infektionen, allergische Reaktionen und Narbenbildung bekannt. Sorgfältige Nachpflege ist erforderlich.

• Bekannte Allergien sowie Erkrankungen oder Medikamente, die Blutung oder Wundheilung beeinflussen können, teile ich vor dem Stechen mit. Bei Unsicherheit hole ich vorher ärztlichen Rat ein.

• Ich habe die zugehörige Pflegeanleitung gelesen und verstanden. Offene Fragen kläre ich vor der Durchführung mit dem Fachpersonal. Die Einwilligung ist freiwillig und kann bis zum Stechen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Person (soweit möglich)

Bei unter 18 Jahren: Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters

Vom Geschäft auszufüllen

Stechdatum: _____ Mitarbeiter/in: _____ Lot-Nr.: _____