

OHRLOCHSTECHANWENDUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Datum _____

Geschäft Schmuck Rauch, Bahnhofstr. 2, 97762 Hammelburg
Tel. 09732-8898900, E-Mail: info@hr24.de

Kundenname _____

Geburtsdatum _____

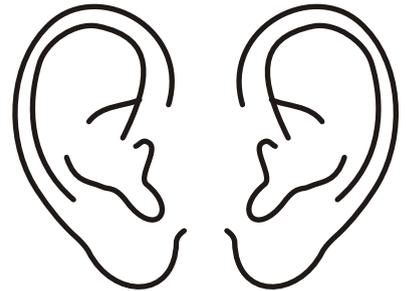
Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

Markieren Sie das Ohr an der gestochenen Stelle:

Linkes Ohr Rechtes Ohr



Einverständniserklärung zum Ohrlochstechen:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf meinen Wunsch ein bzw. mehrere Ohrlöcher gestochen werden. Ich wurde in einem aufklärenden Gespräch über die Risiken beim Durchstechen von Ohrfläppchen/Ohrknorpel informiert und habe die nachfolgenden Informationen gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Kunde/Kundin) wie folgt::

Ich leide weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV Hämophile, Schwindelgefühl noch an einer Herzerkrankung. Ich nehme keine Blut verdünnenden Medikamente ein. Ich bin mir bewusst, dass, wenn ich eine der oben genannten Medikamente nehme oder ein zuvor genanntes oder ein anderes medizinisches Problem habe, das Ohrpiercing ein größeres Risiko für mich birgt, so dass ich vor dem Piercing einen Arzt konsultieren muss. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen und/oder Alkohol. Ich kenne die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Materialunverträglichkeit oder anderen Gründen, die bleibende Schäden zur Folge haben können. Mir ist bewusst, dass die Nachsorge variiert, je nachdem, ob das Ohrfläppchen oder der Ohrknorpel durchstochen wurde. Ich habe die Unterschiede zur Kenntnis genommen. Ich bin mir bewusst, dass sich beim Durchstechen von Ohrknorpel das Risiko von Rötungen, Schwellungen, Infektionen und Narbenbildung aufgrund der natürlichen Beschaffenheit dieses Bereiches und / oder unzureichender Nachpflege erhöht, wobei es zu bleibenden Schäden des durchstochenen Ohrknorpels kommen kann.

Ich weiß, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund äußerer Umstände erhöht, wenn das Frisch durchstochene Ohr Umwelteinflüssen wie z.B. hoher Sonneneinstrahlung, beim Schwimmen oder anderen sportlichen Betätigungen ausgesetzt wird. Würde nach dem Durchstechen des Ohres in seltenen Fällen eine ärztliche Behandlung notwendig werden oder aber würde es zu Folgeschäden kommen, so besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse mich an den Kosten beteiligt und evtl. das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise versagt oder zurückfordert. Ich erkläre hiermit, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin, bzw. bei unter 18-jährigen, dass ich ein Elternteil oder gesetzlicher Vertreter des Minderjährigen bin.

Ich weiß, dass ich bei diesbezüglichen Falschangaben haftbar gemacht werden kann. Ich befreie oben genanntes Geschäft von jeglicher Verantwortung für sämtliche Schäden, die als direkte oder indirekte Folge durch den Ohrlochstechvorgang entstehen können und verzichte auf etwaige Ansprüche gegen oben genanntes Geschäft sowie den Vertreter oder Hersteller.

Weitere Erklärungen:

Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass mir bzw. dem oben genannten Minderjährigen das/die Ohrfläppchen bzw. der/die Ohrknorpel durchstochen werden.

Mögliche Risiken wurden mir ausführlich erklärt. Ich übernehme die vollständige Verantwortung für mich bzw. für den oben genannten Minderjährigen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Unterschrift Kunde

Datum

Unterschrift eines Elternteiles / gesetzlichen Vertreters
bei unter 18-jährigen

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten:

Die Speicherung und Nutzung der personenbezogenen Daten, die Sie dem oben genannten Geschäft übergeben, erfolgt ausschließlich durch dieses. Eine Übermittlung dieser Daten an Dritte, selbst an konzernverbundenen oder in sonstiger Weise mit oben genanntem Geschäft kooperierende Unternehmen erfolgt ausdrücklich nicht. Die personenbezogenen Daten werden für die Zeit gespeichert, die erforderlich ist, um die gesetzlich vorgesehene Aufbewahrungspflicht für steuerliche oder andere Zwecke einzuhalten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu Zwecken der Werbung und Marktforschung durch oben genanntes Unternehmen ein. Die Werbung und Marktforschung erfolgt per E-Mail, Post, SMS/Telefon.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf Auskunft über meine gespeicherten Daten habe. Ebenso habe ich das Recht auf Berichtigung, Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise unter der oben genannten Adresse widerrufen kann. Außerdem habe ich das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Den Inhalt dieser Einwilligung habe ich vollumfänglich verstanden.

Unterschrift Kunde

Datum

Unterschrift eines Elternteiles / gesetzlichen Vertreters
bei unter 18-jährigen