

Einverständniserklärung Tätowierung



T3, 5 | 68161 Mannheim

0621/31996409
mail@hautkultur-mannheim.de
www.hautkultur-mannheim.de

Fachkraft: _____

Personalien

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

Geburtsort

Telefon | E-Mail

Wird vom Studio ausgefüllt

Fachkraft

Datum

Art des Tattoo

Körperstelle

Indikatoren / Sterilgut

Komplikationen

Unterschrift Fachkraft

Fragen zur körperlichen Verfassung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen im Interesse Ihrer Gesundheit wahrheitsgemäß.

1. Sind Sie schon tätowiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wo?
2. Wenn ja, traten Probleme bei der Wundheilung auf?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
3. Sind Sie ausgeschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
4. Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
5. Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche Sportart(en)?
6. Arbeiten Sie körperlich schwer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
7. Sind Sie bei der Arbeit häufig Dreck, Staub, Feuchtigkeit o.ä. ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
8. Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
9. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Drogen oder Alkohol zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann, was und wie viel?
10. Haben Sie Hautkrankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
11. Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
12. Haben Sie Wundheilungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
13. Haben Sie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
14. Haben Sie Kreislaufprobleme?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
15. Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie hoch ist Ihr Blutdruck?
16. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
17. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?
18. Sind Sie Bluter?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie hoch ist Ihr INR-Wert?

Fragen zur körperlichen Verfassung

19. Fliegen Sie innerhalb der nächsten 2 Wochen?

Nein	Ja
------	----

20. Haben Sie Diabetes?

Nein	Ja	Wann hatten Sie das letzte Mal Unterzucker?
------	----	---

21. Haben Sie Epilepsie oder epileptische Anfälle?

Nein	Ja	Welche?
------	----	---------

22. Hatten oder haben Sie eine Hepatitis A, B, C, HIV oder TbV Infektion?

Nein	Ja	Welche?
------	----	---------

23. Hatten Sie in letzter Zeit fieberhafte Infekte?

Nein	Ja	Welche?
------	----	---------

24. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Nein	Ja
------	----

25. Hatten Sie in den letzten drei Monaten eine Operation oder werden Sie in nächster Zeit operiert?

Nein	Ja	Welche?
------	----	---------

26. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein	Ja	Welche?
------	----	---------

27. Haben Sie einen bestehenden Tetanus Schutz?

Nein	Ja
------	----

Gesundheitliche und persönliche Einschränkungen, chronische Krankheiten oder starker Medikamentenkonsum können den Abheilungsprozess und das Erscheinungsbild der Tätowierung beeinträchtigen.

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Datum

Unterschrift Kunde/Kundin

Wird vom Studio ausgefüllt

Ja	Der Kunde / die Kundin wirkt verständnisfähig.
----	--

Ja	Der Kunde / die Kundin wurde umfangreich aufgeklärt.
----	--

Ja	Der Kunde / die Kundin wünscht keine weitere Aufklärung, da diese schon bei einem vorherigem Termin erfolgt ist.
----	--

Vereinbarung zwischen dem/der auf Seite 1 genannten Kunden/Kundin und dem/der auf Seite 1 genannten Studio/Fachkraft

Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen aufmerksam durch.

Tätowieren stellt laut § 224 StGB eine gefährliche Körperverletzung dar und bedarf daher einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu tätowierenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu tätowierende Person erklärt sich im Sinne des § 228 StGB damit einverstanden, dass die Fachkraft bei der Durchführung des Tätowierens einen Eingriff an Ihrem Körper vornimmt.

Ja Ich bestätige hiermit, dass ich volljährig bin und das ich vor der Unterzeichnung dieser Erklärung in verständlicher Art und Weise aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung umfasste die mit dem Tätowieren verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen, die Art und Weise der Durchführung, der Anbringung der Tätowierung und die Tatsache, dass dies mit der Verursachung von Problemen verbunden sein kann.

Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu fällen. Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten und bin im vollem Besitz meiner geistigen und körperlichen Kräfte.

Ich habe mich davon überzeugt, dass die zur Durchführung des Tätowiervorgangs notwendigen Instrumente steril sind.

Mir ist bewusst, dass der Heilungserfolg der Tätowierung in erster Linie von der Nachbehandlung abhängt. Die dafür nötige Pflegeanleitung wird mir ausgehändigt. Das Studio/die Fachkraft steht mir bei Fragen und Problem zur Verfügung.

Ja Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es trotz steriler Arbeitsweise zu Komplikationen kommen kann.

Mögliche Komplikationen können sein:

Nachblutungen
Schwellung und Rötungen
Kreislaufkrisen bis zur Bewusstlosigkeit
Entzündungen
allergische Reaktionen
Schmerzen

Auszug aus der Gesundheitsreform:

... Leistungskatalog und Zuzahlungen (...) Bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten - z. B. nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen, müssen in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden (...)

D.h.: Sollte ich wegen meiner Tätowierung einen Arzt konsultieren müssen, trage ich die Kosten dafür evtl. selbst.

Ich beauftrage, das/die auf Seite 1 genannte Studio/Fachkraft, an meinem Körper an folgender Stelle eine Tätowierung anzubringen:

Körperstelle

Anzahl

Datum

Personalausweis Nr. oder Führerschein Nr.

Unterschrift Kunde/Kundin
