



# KUNDENFORMULAR PIERCING Anzahlung .....CHF bezahlt

Preis .....CHF  
Vor- / Nachname ...../  
Strasse .....  
PLZ / Ort ...../  
Handy .....  
Geb. Datum .....

Leiden sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Nur zutreffendes ankreuzen)

- Blutkrankheiten
- Diabetes
- Hepatitis A,B,C,D,E,F
- HIV
- Hauterkrankungen (wenn JA welche): .....
- Ekzeme
- Allergien (wenn JA welche): .....
- Autoimmunerkrankungen
- Geschlechtskrankheiten
- Fieberhafte Infekte
- Epilepsie
- Herz- Kreislaufprobleme
  
- Ich nehme zurzeit Blutverdünnende Medikamente?  
(wenn JA welche): .....
  
- Es liegt eine Schwangerschaft / Stillzeit vor?

Ich bin einverstanden das an folgender Stelle/Stellen ein Piercing vorgenommen wird

- Gesicht**
- Ohr**
- Nase**
- Lippe**
- Zunge**
- Mund**
- Körper**
- Bauchnabel**
- Intim**
- .....

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich alle Informationen und Angaben gelesen und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe, vom Tätowierer über allfällige Probleme, Risiken etc. informiert worden bin und jegliche Verantwortung selbst übernehme.

Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden oder des Studiopersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.

*Wir verwenden Ihre Daten vertraulich und ausschließlich gemäß unserer Datenschutzhinweise/-erklärung, welche sie auf unserer Webseite nachlesen können. Mit ihrer Unterschrift bestätigen sie damit einverstanden zu sein.*

Ort, Datum:

Unterschrift des Kunden: