



## HOUSE OF ART PLETTENBERG

GRAFWEG 12

58840 PLETTENBERG

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER SORGBERECHTIGTEN - ERGÄNZUNG ZUM PIERCING-EINWILLIGUNGSFORMULAR -

#### ANGABEN ZUR MINDERJÄHRIGEN PERSON

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

#### ANGABEN ZU DEN SORGBERECHTIGTEN

##### SORGBERECHTIGTE PERSON 1

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
falls abweichend:  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

##### SORGBERECHTIGTE PERSON 2

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
falls abweichend:  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

#### GEWÜNSCHTES PIERCING

Art des Piercings \_\_\_\_\_  
Körperstelle \_\_\_\_\_

- Wir erklären hiermit ausdrücklich unsere Zustimmung zur Durchführung des oben bezeichneten Piercings.

#### WICHTIGER HINWEIS ZUR DURCHFÜHRUNG

Die Durchführung des Piercings erfolgt ausschließlich, wenn beim Termin mindestens eine sorgeberechtigte Person persönlich anwesend ist und ihre Identität durch Vorlage eines gültigen Ausweisdokuments überprüft wird.

#### ERKLÄRUNG ZUR SORGBERECHTIGUNG

Wir versichern, dass wir gemeinsam sorgeberechtigt für die oben genannte minderjährige Person sind.

- Eine alleinige Sorgeberechtigung liegt vor (Nachweis ist beizufügen)

Wir versichern, dass keine gerichtlichen oder familienrechtlichen Beschränkungen bestehen, die dieser Einwilligung entgegenstehen.

#### KENNTNIS DER RISIKEN

Uns ist bekannt, dass das Stechen eines Piercings einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellt.

Wir wurden darüber informiert, dass:

- Risiken und Komplikationen möglich sind,
- eine gesonderte Aufklärung im Studio erfolgt,
- eine zusätzliche Einwilligungserklärung vor Ort zu unterzeichnen ist.

#### GESUNDHEITSANGABEN

Uns ist bekannt, dass sämtliche gesundheitsrelevanten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß im Anamneseformular des Studios gemacht werden müssen.

Unvollständige oder falsche Angaben können gesundheitliche Risiken verursachen und Haftungsansprüche ausschließen, soweit gesetzlich zulässig.

#### IDENTITÄTSNACHWEIS

Diesem Formular sind Kopien der gültigen Ausweisdokumente beider Sorgeberechtigten beizufügen.

Das Studio behält sich vor, die Originaldokumente beim Termin einzusehen.

#### WIDERRUF

Diese Einwilligung kann bis zum Beginn des Eingriffs jederzeit widerrufen werden.

#### UNTERSCHRIFTEN

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
[Sorgeberechtigte Person 1]

\_\_\_\_\_  
[Sorgeberechtigte Person 2]

Hinweis: Dieses Formular ersetzt nicht die persönliche Identitätsprüfung und das reguläre Einwilligungs- und Anamneseformular im Studio.