



# 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?

**Die oben stehenden Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.**

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 Piercer über allfällige Probleme, Krankheiten etc. informiert worden bin und jegliche Verantwortung selbst übernehme.

Ort, Datum:

Unterschrift des Kunden: