

# SASCHART TATTOO EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Geschlecht \_\_\_\_\_ Neukunde JA  NEIN

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Ich stehe nicht unter Alkohol-, Drogen-, Koffein- oder Medikamenteneinfluss. Ich bin darüber informiert, dass es trotz sorgfältiger Durchführung und Verwendung hochwertiger, steriler Materialien unter Umständen zu Nebenwirkungen wie Infektionen, allergischen Reaktionen bzw. Kreislaufstörungen kommen kann.

**Bei Absage 48 Stunden vor dem Termin wird die Anzahlung (CHF 200) nichtig.**

- Mit einem Informationsblatt werde ich über die Nachbehandlung und Pflege meiner Tätowierung aufgeklärt. Bei ungünstigem Heilungsverlauf oder bei unsachgemässer bzw. ungenügender Pflege der tätowierten Stelle kann es zu Entzündungen kommen.
- Ich erkenne an, dass das Tätowieren eine künstlerische Arbeit ist und sich Abweichungen gegenüber der Vorlage ergeben können.
- Bilder vom Tattoo dürfen für Werbezwecke und sonstiges verwendet werden.
- Weiterhin erkläre ich, dass ich bei auftretenden Komplikationen keine Schadenersatzansprüche jeglicher Art gegen die ausführenden Tätowierer, das Studio oder dessen Lieferanten geltend machen kann. Der Gerichtstand ist Sursee.



## Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Die Angaben über meinen Gesundheitszustand entsprechen der Wahrheit.

	JA	NEIN
Sind allergische Reaktionen bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten paar Tage Schmerzmittel oder Blutverdünner eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder leiden Sie an Herz-Kreislaufproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfters Zahnfleischbluten oder ungewöhnlich grosse blaue Flecken nach Druck- und oder Schnittverletzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Asthma, Diabetes, Epilepsie oder sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie grössere Muttermale oder andere Hautdeformationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie chronische Hautkrankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter gewissen Infektionskrankheiten, die durch das Blut übertragen werden könnten? (Hepatitis A, B, C oder HIV) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder in Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, was der Tätowierer wissen sollte		
<hr/>		
Tattoomotiv	Körperstelle	

Mit der nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich mit dem gewünschten Tattoo ausdrücklich einverstanden bin und das dies aus freiem Willen entsteht. Ebenfalls habe ich das 18 Lebensjahr erreicht (allenfalls Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)

**Ort:**

**Datum:**

**Unterschrift:**