



Hauptsmoorstraße 75 | 96052 Bamberg | Tel.: 0951 - 93 73 82 20 | www.hautriss.de | info@hautriss.de

## Aufklärung und Einverständniserklärung zu Ihrem Piercing

Alle gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Tel. mobil

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Piercing - Art

### Anamnese - Angaben zur Person:

Ja Nein

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine Blutkrankheit oder eine erhöhte Blutneigung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Hauterkrankung, wie z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, etc.?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Schmerzmittel, z.B. Marcumar, Aspirin, Heparin, Liquimin, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen Allergien, z.B. Nickel, Metall?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen Überempfindlichkeit, Reaktionen, wie z.B. auf Latex?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine chronische Infektionskrankheit, z.B. Hepatitis oder MRSA?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht aktuell eine (Infektions-)Krankheit, wie z.B. grippaler Infekt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befinden Sie sich in einwandfreiem Gesundheitszustand?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen andere schwerwiegende chronische Leiden, wie z.B. Epilepsie, Lähmungen, etc.?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie angeborene Immundefizienzerkrankungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegt eine Schwangerschaft vor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stillen Sie derzeit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen Sie unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder anderen die Wahrnehmung beeinflussenden Medikamenten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie Diabetiker?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie in den letzten Monaten operiert oder steht eine Operation bevor?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon Piercings?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls Sie schon einmal gepierct worden sind, traten Komplikationen auf?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und damit einverstanden, dass an meinem Körper ein Piercing angebracht wird. Ich weiß, dass dieser Eingriff den Körper verletzt und Schmerzen auslösen kann.
- Ich stehe nicht unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder Medikamente.
- Ich stimme dem Eingriff mit meiner Unterschrift ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit (Paragrafen 223, 223a, 224, 228 und 228a StGB (Körperverletzung)).
- Ich wurde ausführlich über die richtige Nachbehandlung, über die Risiken und die Pflege des Piercings aufgeklärt. Der Heilungserfolg des Piercings hängt in erster Linie von der eigenen Nachbehandlung ab.
- Ich verstehe, dass es trotz professioneller Durchführung und Beachtung der Pflegevorschriften zu Infektionen und anderen Beschwerden kommen kann. Pflegeanleitung wurde mir ausgehändigt.
- Ich bestätige, die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben und alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß beantwortet wurden.
- Ich fühle mich umfassend informiert und willige nach angemessener Bedenkzeit in die von mir gewünschte Piercing ein.
- Ich bestätige, dass ich bzgl. meiner persönlichen Daten über die Hinweise zum Datenschutz (siehe Seite 4) informiert wurde und erkläre mich damit einverstanden.

X

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Datenschutzhinweise

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Tattoo-Studio Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Des Weiteren möchten wir Sie über Ihre Rechte in puncto Datenschutz aufklären.

### 1. Verantwortlichkeit und Kontakt zwecks Datenverarbeitung:

Tattoo- und Piercing-Studio Hautriss

Angelika Triebel | Hauptsmoorstraße 75 | 96052 Bamberg | Tel.: 0951 - 93 73 82 20

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserem Tattoo- und Piercing-Studio und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen die im Gesundheitsfragebogen erhobenen Daten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings nicht erfolgen.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir leiten Ihre personenbezogenen Daten ausdrücklich nicht an Dritte weiter, sondern werden ausschließlich zur Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings erhoben und nach rechtlichen Vorgaben gespeichert.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings erforderlich ist. Auf Grund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss des Tattoos oder Piercings aufzubewahren.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, die das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

### 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.