

# Einverständniserklärung Akupunkturpunktpiercing



- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressionspunkt         | <input type="checkbox"/> Allergiepunkt     | <input type="checkbox"/> Depressionspunkt |
| <input type="checkbox"/> Nullpunkt / Migränepunkt | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenpunkt | <input type="checkbox"/> Shen Men         |
| <input type="checkbox"/> ISG Punkt                | <input type="checkbox"/> Polsterpunkt      | <input type="checkbox"/> Point der Jerome |

---

Kunde:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PassNr: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immundefekt      | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Allergien        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Herzkreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> HIV              |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft  | <input type="checkbox"/> Bluter                | <input type="checkbox"/> Hepatitis        |
| <input type="checkbox"/> Drogen / Alkohol |  | Medikamente:                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Blutverdünner    |
|   |  | <input type="checkbox"/> Blutgerinner     |
|   |  | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva |

Die unterzeichnende Person willigt hiermit ausdrücklich in den zum Piercen notwendigen Eingriff ein und bestätigt:

1. Das der Kunde vom Fachpersonal über das Piercing, die Nachbehandlung und eventuelle Komplikationen aufgeklärt worden ist!
2. Das dem Kunden klar ist, das die Durchführung und das setzen eines Piercings eine gewollte Körperverletzung darstellt und dieser Eingriff auf Wunsch und Verlangen freiwillig vorgenommen wird
3. Der Kunde das 18. Lebensjahr erreicht hat.
4. Die Position des Piercings vor dem Setzen in Augenschein genommen, der Pflegehinweis ausgehändigt, gelesen und verstanden wurde.
5. Bei einem Akupunkturpunktpiercing kann es zu Beginn erst zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen, bevor es zu einer Verbesserung kommt.
6. Eine Verbesserung nicht zwingend eintritt.
7. Es sich um keine Behandlungsform handelt.

Ich entbinde mit meiner Unterschrift den Piercer von jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftung und Schadensersatzansprüche, auch auf jegliche Art von Komplikationen und deren Folgeschäden sind somit ausgeschlossen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_