

# Einverständniserklärung für Piercing bei Minderjährigen



Hiermit erlaube ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Ausweisnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

**als erziehungsberechtigte Person, dass sich**     **meine Tochter**     **mein Sohn**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name (Kind)

\_\_\_\_\_  
Ausweisnummer (Kind)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Kind)

\_\_\_\_\_  
Geburtsort (Kind)

**folgende/s Piercing/s stechen lassen darf:**

\_\_\_\_\_

**Für Rückfragen bin ich jederzeit unter der folgenden Telefonnummer erreichbar:**

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

**Sollte die unterzeichnende und erziehungsberechtigte Person am Termin nicht persönlich anwesend sein, (bei Jugendlichen ab 16 Jahren) liegt diesem Schreiben eine Ausweiskopie des unterzeichnenden Elternteils bei.**

Es ist mir bewusst, dass die Durchführung eines Piercings/Skin Diver/Dermal Anchor und das Stechen von Ohringen eine gewollte Körperverletzung darstellt. Dieser Eingriff wird auf den Wunsch meiner Tochter / meines Sohnes und eigenes Verlangen freiwillig vorgenommen. Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Piercerin von jeglicher Verantwortung und entlaste sie von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftung und Schadensersatzansprüche wegen Komplikationen jeglicher Art und deren Folgeschäden sind somit ausgeschlossen.

Hiermit erkläre ich, dass meine Tochter/mein Sohn

- nicht unter **Alkohol- oder Drogeneinfluss** steht.
- in den letzten 24 Stunden, vor dem Piercing-Termin **keine blutverdünnenden Medikamente** oder Blutgerinnungshemmer wie Aspirin, Marcumar o.ä. Medikamente eingenommen hat.
- **kein Bluter ist und nicht an Hepatitis, HIV oder anderen ansteckenden Krankheiten leidet.**

Meine Tochter/Mein Sohn leidet an Allergien:

\_\_\_\_\_

Meine Tochter/Mein Sohn nimmt Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r