

Einverständniserklärung

Voodoo Massacre Studio, vms-tattoogalerie@gmx.de

Vorname / Nachname _____
Straße / Hausnummer _____
PLZ / Ort _____
Festnetz / Handy _____
E-Mail _____
Geburtsdatum _____ männlich weiblich

Die Tätowierung darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine der Tätowierung entgegenstehende Kontraindikation vorliegt.

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| Hämophilie (Bluterkrankheit) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis A, B, C, D, E, F | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| HIV-positiv | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hauterkrankungen (wenn ja, welche?) | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein |
| Ekzeme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Allergien (wenn ja, welche?) | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein |
| angeborene Immundefizienzerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| andere Ursachen einer Immunsuppression | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Autoimmunerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Geschlechtskrankheiten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| fieberhafte Infekte / Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| akute Herz- / Kreislaufprobleme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| liegt eine Schwangerschaft vor? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

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

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper eine Tätowierung vorgenommen wird.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberarm | <input type="radio"/> Unterarm | <input type="radio"/> Oberschenkel | <input type="radio"/> Unterschenkel |
| <input type="radio"/> Kopf | <input type="radio"/> Brust | <input type="radio"/> Rücken | <input type="radio"/> _____ |

Ich bestätige, dass ich ausführlich hinsichtlich möglicher Kontraindikationen, über die möglichen Risiken einer Tätowierung und die erforderliche Nachbehandlung aufgeklärt wurde und mir schriftliche Ausführungen der Tattoo-Informationen, der Tattoo-Risiken und der Tattoo-Pflegehinweise ausgehändigt wurden.

Einverständniserklärung

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben, alle persönlichen Angaben der Wahrheit entsprechen und ich weder rechtliche noch anders geartete Ansprüche (Regressansprüche) an den Tätowierer oder das Tattoostudio Voodoo Massacre Studio zu stellen. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu überdenken.

Ich bin des Weiteren damit einverstanden, dass ein Foto meiner Tätowierung auf der Internetseite, der Facebook-Seite und/oder dem Instagram-Account von VMS Tattoo und/oder jimmy behind veröffentlicht wird. ja nein

Datum

Unterschrift

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Homepage Visitenkarte Flyer durch Freunde
 Studio Presse Messe bin Kunde

Kurze Beschreibung Ihres persönlichen Gefühls (vorher – nachher), Stellungnahme, Vergleich: