

Kundendaten

Name _____ Telefonnummer _____

Straße _____ Email _____

PLZ und Ort _____ Beruf _____

Geburtstag _____ Alter _____

Motiv

Körperstelle _____ Größe _____

schwarz/weiß farbig

Tattoomotiv _____

Tattoomaschine Handpoke

Bestehen Hauterkrankungen, wenn ja welche? _____

Bestehen HerzKreislaufbeschwerden, wenn ja welche? _____

Bestehen psychische oder psychosomatische Beschwerden, wenn ja welche? _____

Bestehen Infektionskrankheiten, wenn ja welche? _____

Bekannte sonstige Erkrankung, wenn ja welche? _____

Nimmst du aktuell oder in den letzten 4 Wochen Medikamente ein, wenn ja welche? _____

Besteht eine Bluterkrankung oder Blutungsneigung? _____

Bekannte Allergien, wenn ja welche? _____

Bekannte Unverträglichkeiten, wenn ja welche? _____

Hast du in den letzten 24 h Alkohol oder Drogen konsumiert, wenn ja welche? _____

Hast du mehr als 2 Becher Kaffee an diesem Tag getrunken? _____

NEIN

Hast du in den letzten 24h Oberflächenanästhetika appliziert? _____

Bestehen Beeinträchtigungen der Willensbildungs -oder Willensausübungsfähigkeit? _____

Wurde in dem zu tätowierenden Bereich chirurgische Eingriffe, Laserbehandlung oder Strahlentherapie durchgeführt? _____

Ist die zu tätowierende Stelle vernarbt, überdehnt oder weißt große Muttermale oder Pigmentierung auf? _____

Wie schätzt du deine Wundheilung ein? _____

Bist du bereits tätowiert, wenn ja was und wo? _____

Hattest du Komplikationen oder war es schmerzhaft, wenn ja wie? _____

Wurde die Haut in den letzten 4 Monaten in einem mehr als alltäglichen Maße UV Strahlung ausgesetzt? _____

Besteht eine Schwangerschaft oder wird gestillt? _____

Ich bestätige mit dem setzen des **X**, dass ich alle Angaben nach besten Wissen gemacht habe.

Datum _____

Ich bestätige mit dem setzen des **X**, dass ich dem Atelier einwillige Tattoopigmente mit Nadeln in meine Haut zu bringen.

Ich erlaube die Körperverletzung § 223 Abs. 1 StGB und mögliche Schmerzen.

Datum _____

Ich bestätige mit dem setzen des **X**, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass es durch diesen Eingriff trotz größter Sorgfalt zur Narbenbildung, kurzzeitigen Kreislaufproblemen, leichtes Nachbluten, Anschwellen der Haut mit Juckreiz und Rötung, Photosensitivität der Stelle, nichtallergischen Fremdkörperreaktionen und ungewollten Farbverläufen, so genannten Blow-Outs kommen kann. Ich nehme auch zur Kenntnis das in einem solchen Fall die Krankenkasse nach § 52 Abs. 2 SGBV eine Kostenübernahme verweigern kann.

Datum _____

Ich bestätige mit dem setzen des **X**, dass ich die AGB auf der Webseite www.ninoschatzigkeit.de durchgelesen und verstanden habe. Ich bin mit den Vertragsbedingungen einverstanden.

Datum _____

Datenschutz:

Nach der EU-**Datenschutz**-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Wir erheben deine Daten für eine sorgfältige Atelieführung, für die Erreichbarkeit deiner Gesundheitsabsicherung.

Mit setzen des **X**, willige ich dieser Datennutzung ein. Datum_____

Sonstige Mitteilungen:

Dieses Dokument ist auch ohne Unterschrift gültig.

Unterschrift Kunde_____