**Einverständniserklärung für Tattoo-Kunden**

Name:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vorname:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Straße:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wohnort:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geb.-Datum:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Telefon/Handy:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tattoo/Motiv:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Durchführungsdatum:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Hinweis:**

Tätowierungen bei Personen unter 18 Jahren sind in Deutschland rechtlich untersagt und werden auch nicht von mir gestochen.

**Die unterzeichnende Person willigt hiermit in den zum Tätowieren notwendigen Eingriff ein und bestätigt:**

Mir ist klar, dass die Durchführung eines Tattoos einen Eingriff in die Unversehrtheit meines Körpers und somit eine von mir gewollte Körperverletzung darstellt. Dieser Eingriff wird auf eigenen Wunsch und eigenes Verlangen freiwillig vorgenommen. Ich entbinde mit meiner Unterschrift den Tätowierer von jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftung und Schadensersatzansprüche gegen den Tätowierer wegen Komplikationen jeglicher Art und deren Folgeschäden, sind somit ausgeschlossen.

* die unterzeichnende Person erklärt, ausreichend über das Tattoo, die Nachbehandlung und eventuelle Komplikationen aufgeklärt worden zu sein.

* die unterzeichnende Person erklärt, kein Bluter zu sein und nicht an Hepatitis, HIV oder anderen ansteckenden Krankheiten erkrankt zu sein.

* die unterzeichnende Person erklärt, keine blutverdünnenden Medikamente oder Blut Gerinnungshemmer wie Marcumar, Aspirin oder ähnliche Medikamente einzunehmen oder eingenommen zu haben.

* die unterzeichnende Person erklärt, nicht unter Alkohol oder Drogeneinfluss zu stehen.

* die unterzeichnende Person erklärt, dass ihr die Pflegehinweise ausgehändigt wurden, die Hinweise gelesen und verstanden worden sind.

Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_