

Gesundheitsspezifische Fragen

Stehen Sie unter Einfluss von Medikamenten (z.B. Schmerzmittel, Blutverdünner, Aspirin)?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Betäubungsmittel konsumiert?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Leiden Sie an Allergien (Jod, Desinfektionsmittel, Latex, Metalle,...)?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Leiden Sie an Krankheiten (Blutkrankheiten, HIV, Epilepsie, Hepatitis, Diabetes, Herzkreislaufprobleme, Wundheilungsstörungen, Blutgerinnungsstörungen,...)?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Waren Sie in den letzten zwei Wochen in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Sind Sie in einer Schwangerschaft/ Stillzeit?

Ja Nein

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt des Tootoetermins nicht von Rauschmittel (Drogen, Alkohol, Medikamenten o.ä.) beeinflusst bin. Andere Gründe, welche meine Urteilsfähigkeit beeinflussen, liegen nicht vor.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Tätowierer/ die Tätowiererin bei der Durchführung einen Eingriff an meinem Körper vornimmt. Ich wurde darüber informiert, dass Tätowieren einen Eingriff in die Unversehrtheit meines Körpers ist und somit eine gewollte Körperverletzung darstellt. Durch diese Einwilligung entfällt die Rechtswidrigkeit der entsprechenden Artikel im Schweizerischen Strafgesetzbuch.

Durch meine Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zu dem vorgesehenen Eingriff einschliesslich der dazu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen. Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben der gesundheitsspezifischen Fragen.

Somit entbinde ich mit meiner Unterschrift, das Studio und den Tätowierer/ die Tätowiererin von jeglicher Verantwortung und entlaste das Studio, den Tätowierer/ die Tätowiererin von allen rechtlichen Ansprüchen. Haftungs- und Schadensersatzansprüche, auch für Komplikationen jeglicher Art und Folgeschäden sind somit in jeder Form ausgeschlossen.

Solothurn den:

Unterschrift Kunde: