

Anamnesebogen

Angaben zur Person:

Name:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

folgende(s) Piercing(s):

Dermal Anchor

Anamnese – wichtige Fragen

Um Gefahrenquellen im Vorfeld zu erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können.

- Welchen Beruf üben sie aus?
- Haben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja, welche?
- Welche sportlichen Hobbys haben Sie? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie unter Wundheilungsstörungen?
- Haben Sie Kreislaufprobleme? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie an Epilepsie? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie Diabetes? / Typ? ☐ Typ1 ☐ Typ2 ☐ Nein
- Haben Sie einen angeborenen o. erworbenen Herzfehler? ☐ Ja ☐ Nein
- Sind Sie HIV-positiv? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie an akuten Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie dauerhaft o. ztl. begrenzt Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja, welche und wie lange?
- Haben Sie Alkohol oder Drogen genommen? ☐ Ja ☐ Nein
- Werden Sie in den nächsten 3 Monaten operiert? ☐ Ja ☐ Nein
- Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ Ja ☐ Nein

Mögliche Komplikationen

- Durch den Eingriff und daraus Resultierendes kann es zu (aufgeführten) Komplikationen und
- gesundheitlichen Schäden kommen, die bei Auftreten evtl. eine ärztliche Inanspruchnahme erforderlich machen.
- Rötungen, Schwellungen, Schmerzen, Blutergüsse
- Nachblutungen, Entzündungen, Parästhesien (Taubheit, Kribbeln)
- Verletzung von Blutgefäßen, Adern, Muskulatur und Arterien
- Kreislaufkrisen bis zur Bewusstlosigkeit, Eitrige Infektionen
- Zurückbildung des Zahnfleisches, Zahnschäden
- Lymphknotenentzündungen, Deformationen
- Abszesse / Empyeme, Sepsis, Materialunverträglichkeit, allergische Reaktionen
- Gewebeknoten, Granulationsgewebe, Wildfleisch / Keloidbildung
- Fremdkörpergranulome, Fistelbildungen, Verblassung
- Deformationen (z.B. Ohrmuschel), reißen der Naht
- Verletzung von Nerven bis zu dauerhaften motorischen und sensiblen Ausfällen
- Unverträglichkeitsreaktionen – Heraus-/zusammenwachsen / Abstoßung des Schmuckstückes

Sollten Komplikationen auftreten, wenden Sie sich bitte umgehend an das Piercing-Studio oder einen Arzt.

Erklärung und Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe,
- dass ich umfassend über mögliche Risiken und Komplikationen aufgeklärt wurde,
- dass ich eine Nachsorgeanleitung erhalten habe,
- dass ich volljährig bin oder eine Einwilligung meines Erziehungsberechtigten vorliegt.

Ort, Datum:

Unterschrift des Kunden: _____

Falls minderjährig:

Ich, _____, als Erziehungsberechtigter erkläre hiermit mein Einverständnis zum Piercing meines Kindes. Mein Ausweises wurde vorgelegt.

Ort, Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Erklärung des Studios

Das Piercing wurde unter Einhaltung höchster hygienischer Standards durchgeführt. Der Kunde wurde umfassend beraten.

Ort, Datum:

Unterschrift des Piercers: _____

Datenschutz & Speicherung

Die erhobenen Daten werden gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gespeichert und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme dieser Datenschutzregelung.

Ort, Datum:

Unterschrift des Kunden: _____