

Einwilligungserklärung für Tattoo / Piercing bei Minderjährigen

Wichtige Hinweise

- Rechtlicher Hinweis: Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass der durchgeführte Eingriff eines Tattoos oder Piercings nach Paragraf 228a StGB eine Körperverletzung darstellt. Unser Tätowierer/Piercer nimmt einen Eingriff am Körper der o.g. Person vor. Der Eingriff verletzt den Körper und kann Schmerzen auslösen.
- Eine Ausweiskopie der erziehungsberechtigten Person ist der Einverständniserklärung beizulegen.
- Ein Piercing oder Tattoo stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und kann zu gesundheitlichen Schäden führen. Wir behalten uns das Recht vor, bestimmte Tattoos oder Piercings trotz Zustimmung der Erziehungsberechtigten abzulehnen.
- Das Mindestalter für ein Piercing ist 14 Jahre, ausschließlich in Anwesenheit einer erziehungsberechtigten Person und mit Einverständniserklärung, ab 16 Jahren mit Einverständniserklärung.
- Das Mindestalter für ein Tattoo ist 16 Jahre, mit Einverständniserklärung einer erziehungsberechtigten Person.
- Der Jugendliche ist verpflichtet, sich auszuweisen.

Alle gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Angaben zur Erziehungsberechtigten Person:

Name, Vorname

Straße

Telefonnummer für Rücksprachen

PLZ, Ort

(Bitte ankreuzen:)

- Hiermit willige ich als erziehungsberechtigte Person ein, dass sich meine Tochter / mein Sohn:

Name, Vorname

Geburtsdatum und -Ort

an folgenden Körperstellen:

Angabe der betreffenden Körperstelle(n)

- piercen tätowieren **(zutreffendes bitte ankreuzen)**
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorweist und in guter körperlicher Verfassung ist.
- Mir wurde erklärt, dass dieser Eingriff nach Paragraf 228a StGB eine Körperverletzung darstellt.
- Ich stimme dem Eingriff mit meiner Unterschrift ausdrücklich zu und es entfällt die Rechtswidrigkeit (Paragrafen 223, 223a und 224 StGB (Körperverletzung)).
- Ich bestätige, dass ich bzgl. meiner persönlichen Daten über die Hinweise zum Datenschutz (siehe Seite 2) informiert wurde und erkläre mich damit einverstanden.

X _____
Datum, Ort

X _____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bestätigung der/des Jugendlichen

- Hiermit erkläre ich, dass die oben ausgeschriebene Einwilligungserklärung von einer meiner erziehungsberechtigten Personen ausgefüllt und unterschrieben wurde. Mir ist bewusst, dass Geschwister, Onkel, Tante oder andere Personen aus der nahen Verwandtschaft keine Erziehungsberechtigten sind.
- Mir sind die Konsequenzen einer falschen Eidesstattlichen Versicherung bewusst und auch, dass eine solche eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann.
- Mir ist bewusst, dass ich ab einem Alter von 14 Jahren strafmündig bin.
- Ich verfüge über eigene Geldmittel.
- Die Tragfähigkeit meines Handelns ist mir bewusst.
- Ich bestätige, dass ich bzgl. meiner persönlichen Daten über die Hinweise zum Datenschutz (siehe Seite 2) informiert wurde und erkläre mich damit einverstanden.

X

_____ Datum, Ort

X

_____ Unterschrift der/des Jugendlichen

X

_____ Personalausweis-Nr.

Gesundheitsfragebogen:

Alle gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Um mögliche individuelle Risiken rechtzeitig erkennen und einschätzen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und der Wahrheit entsprechend zu beantworten.

	Ja	Nein
Besteht eine Blutkrankheit oder eine erhöhte Blutneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hauterkrankung, wie z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Schmerzmittel, z.B. Marcumar, Aspirin, Heparin, Liquimin etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Überempfindlichkeit, Reaktionen, wie z.B. auf Latex? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine chronische Infektionskrankheit, z.B. Hepatitis oder MRSA? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

Besteht aktuell eine (Infektions-)Krankheit, wie z.B. grippaler Infekt?

Wenn ja, welche?: _____

Befinden Sie sich in einwandfreiem Gesundheitszustand?

Bestehen andere schwerwiegende chronische Leiden, wie z.B. Epilepsie, Lähmungen, etc.?

Wenn ja, welche?: _____

Haben Sie angeborene Immundefizienzerkrankungen?

Wenn ja, welche?: _____

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Stillen Sie derzeit?

Stehen Sie unter dem Einfluss von Drogen, Alkohol oder anderen die Wahrnehmung beeinflussenden Medikamenten?

Sind Sie Diabetiker?

Wurden Sie in den letzten Monaten operiert oder steht eine Operation bevor?

Wenn ja, welche?: _____

Generelle Fragen :

Wurden Sie bereits tätowiert?

Wenn ja, wo?: _____

Falls Sie schon einmal tätowiert worden sind, traten Komplikationen auf?

Wenn ja, welche?: _____

Betreiben Sie aktiv Sportarten?

Wenn ja, welche?: _____

X _____
Datum, Ort

X _____
Unterschrift

Datenschutzhinweise

1. Verantwortlichkeit und Kontakt zwecks Datenverarbeitung:

Tattoo- und Piercing-Studio Hautriss

Angelika Triebel | Hauptsmoorstraße 75 | 96052 Bamberg | Tel.: 0951 - 93 73 82 20

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserem Tattoo- und Piercing-Studio und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen die im Gesundheitsfragebogen erhobenen Daten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir leiten Ihre personenbezogenen Daten ausdrücklich nicht an Dritte weiter, sondern werden ausschließlich zur Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings erhoben und nach rechtlichen Vorgaben gespeichert.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihres Tattoos oder Piercings erforderlich ist. Auf Grund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss des Tattoos oder Piercings aufzubewahren.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, die das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.