

Zustimmungsformular

Der/die Unterzeichnende, (Name).....
erklärt hiermit Folgendes:

- Die Wahl, um Permanent Make-up anbringen zu lassen habe ich gut überlegt und aus freiem Willen genommen.
- Vor und während der Behandlung war ich nicht unter Einfluss von Alkohol und Drogen.
- Ich bin über die Risiken wie Infektionen, Narbenbildung oder allergische Reaktionen informiert, die als Folge von kosmetischen Tätowierungen oder Permanent Make-up entstehen können.
- Ich habe im Moment keine Verfärbungen, Schwellungen, Beulen oder irgendeine andere Form von Irritationen auf meinem Körper und betrachte mich selbst als gesund genug, um diese kosmetische Tätowierung oder Permanent Make-up anbringen zu lassen.
- Ich nehme im Moment keine Antigerinnungsmittel ein.
- Wenn Ihre Tätowierung zur Camouflage von Bestrahlungs- oder Operationsnarben dienen soll, besprechen Sie dies erst mit Ihrem Arzt, der Sie behandelt hat oder durch den Sie kontrolliert werden.
- Wenn Sie bei einem Dermatologen in Behandlung sind, beraten Sie sich vorher mit diesem über Ihren Entschluss, eine kosmetische Tätowierung oder Permanent Make-up anbringen zu lassen.

Ich bin informiert, dass Schwangeren wegen der erhöhten Empfindlichkeit für Infektionen abgeraten wird, eine kosmetische Tätowierung oder Permanent Make-up anbringen zu lassen: ja/nein
Ich leide an irgendeiner Form von:

Hämophilie ----- ja/nein
Chronische Hautkrankheit----- ja/nein
Kontaktallergie----- ja/nein
Diabetes----- ja/nein
Immunstörung----- ja/nein
Herz- oder Gefäßerkrankungen----- ja/nein

Vom Anbringen einer kosmetischen Tätowierung oder Permanent Make-up wird dringend abgeraten, wenn ein oder mehrere Male „ja“ zutrifft.

Ich habe die folgende schriftliche Information vom Behandler empfangen:

1. Information über Risiken von kosmetischen Tätowierungen und Permanent Make-up
2. Nachsorgeanweisung für kosmetische Tätowierung oder Permanent Make-up

Name:.....

Adresse:.....

Wohnort:.....

Geburtsdatum:.....

Unterschrift:.....(jünger als 16 Jahre, Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

Name gesetzlicher Vertreter:.....

Ausweisnummer gesetzlicher Vertreter:.....

Datum: