

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MYSTIC TATTOO

PERSONALIEN

Name: _____ E-Mail: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Alter: _____
PLZ/Ort: _____ Beruf: _____
Telefon: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zum Anbringen eines Tattoos zwischen dem vorne genannten Kunden und
MYSTIC TATTOO KARLSRUHE, PASSAGEHOF 12, 76133 KARLSRUHE

Das Anbringen einer Tattoos stellt laut §224 StGB eine Körperverletzung dar. Deshalb bedarf es einer Einwilligungserklärung, womit durch die Unterschrift der zu tätowierenden Person die Rechtsgrundlage geschaffen wird. Die zu tätowierende Person erklärt sich im Sinne des § StGB damit einverstanden, dass der/die Tätowierer/in bei der Durchführung des Tattoos einen Eingriff an ihrem Körper vornimmt.

Ich habe dieses Studio beauftragt, an der folgenden Stelle meines Körpers ein Tattoo anzubringen:

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto gemacht wird, welches zur Dokumentation/Werbung/Homepage vom Mystic Tattoo verwendet wird. Ja nein

Wir werden von dem fertiggestellten Werk Lichtbildaufnahmen machen. Hiermit willigt der Kunde/in ausdrücklich darin ein, dass diese Lichtbilder jenseits eines gemäß Art. 6 Absatz 1 EU DSGVO zulässigen Zwecks zum Zwecke der Außendarstellung auf unserer Website, unseren Social Media Auftritten oder auf Werbebannern veröffentlicht werden.

Sollten Komplikationen auftreten, bitte bei uns vorbeikommen!

Datum/Unterschrift Kunde: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

Überprüft _____

Bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich, dass ich der Erziehungsberechtigte der oben genannten Person bin und der Tätowierung zustimme.

Name, Vorname: _____ Straße: _____

Telefon: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Wird vom Studio ausgefüllt

Personalausweis Nr./Führerschein Nr.: _____

Überprüft _____

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß. Falschangaben können zu gesundheitlichen Risiken führen und stellen eine Straftat dar.

Sind Sie bereits Kunde bei uns? ja nein
Sind Sie schon tätowiert? ja nein
Traten Probleme auf und welche? ja nein

>

Sind Sie ausgeschlafen? ja nein
Haben Sie ausreichend gegessen und getrunken? ja nein
Sind Sie Sportler? ja nein
Wenn ja, welche Sportarten:

>

Sind Sie häufig bei der Arbeit/Hobby Dreck, Staub...
Feuchtigkeit ausgesetzt? ja nein
Arbeiten Sie schwer körperlich? ja nein
Haben Sie gestern Alkohol zu sich genommen? ja nein
Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie zu sich genommen?

>

Haben Sie Hautkrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeitsreaktion
(z. B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex,
Nahrungsmittel, Nickel)? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Haben Sie Wundheilungsstörungen? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Haben Sie Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen
oder einen Herzschrittmacher? ja nein
Haben Sie Kreislaufprobleme? ja nein
Leiden Sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck?
Wenn ja, wie hoch? ja nein

>

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
(z. B. Aspirin/Marcumar, Heparin, Liquimin o. ä.)?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Gehen Sie in absehbarer Zeit in Urlaub? ja nein
Wenn ja, wann?

>

Sind Sie Bluter? ja nein
Wann ja, wie hoch ist der INR-Wert?

>

Sind Sie Diabetiker? ja nein
Wann ja, wann hatten Sie das letzte Mal Unterzucker?

>

Sind Sie Epileptiker oder haben Sie epileptische Anfälle? ja nein
Wenn ja, welche?

>

Hatten Sie jemals eine Hepatitis A oder B Infektion?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Hatten Sie in letzter Zeit fieberhafte Infekte?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Sind Sie schwanger oder planen Sie eine
Schwangerschaft? ja nein
Stillen Sie? ja nein

Hatten Sie in letzter Zeit Operationen oder werden
Sie in nächster Zeit operiert? ja nein
Wenn ja, warum?

>

Haben Sie heute Medikamente zu sich genommen?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich?
Wenn ja, welche? ja nein

>

Nehmen Sie Antibiotika? ja nein

>

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Einwilligung Datenerhebung gemäß der DSGVO

Wir erheben in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten, damit wir entscheiden können ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und diese Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU DSGVO). Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden - da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist - bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt.

Datum, Unterschrift Kunde