

# PIERCING-DIENSTVERTRAG



**Body Cult**  
TATTOO & PIERCING

Der/die Unterzeichnende bestätigt:

1. Ich lasse mich aus freiem Willen von BODY CULT piercen. Über die Dauerhaftigkeit von Körperschmuck wurde ich aufgeklärt. Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei Entfernen des Körperschmucks Vernarbungen auftreten können.
2. Art des Piercings: \_\_\_\_\_  
Schmuckgröße: \_\_\_\_\_  
Name des Piercers: \_\_\_\_\_
3. Ich wurde darüber informiert, dass in diesem Studio unter strengsten hygienischen Voraussetzungen gearbeitet wird, d.h., der Schmuck von BODY CULT ist aus Titan, oder aus anderen hochwertigen Edelmetallen und sterilisiert. Die Instrumente sind aus Edelstahl und sterilisiert. Es wird ausschließlich mit Einwegkanülen und -handschuhen gearbeitet.
4. Ich habe das Merkblatt „Pflegeanweisung“ erhalten und bin darüber informiert worden wie ich das Piercing zu behandeln habe. Dafür übernehme ich selbst die Verantwortung.
5. Mir ist bekannt, dass trotz ordnungsgemäßen Piercen Verletzungen auftreten können, oder mein Körper das Piercing abstößt. BODY CULT haftet deshalb nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz.
6. Ich bin gesundheitlich in der Lage, mich Piercen zu lassen. Ich leide weder an der Bluterkrankheit, an Diabetes, Epilepsie oder Allergien. Ich versichere dass ich momentan weder unter Drogen-, Alkohol- oder Medikamenteneinfluss stehe.
7. Mir ist bekannt, dass der Genuss von Drogen, Alkohol oder Medikamenten noch Tage nach dem Piercing zu starken Blutungen führen kann.
8. Ich wurde darüber informiert, dass das Anbringen von Körperschmuck eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 und folgende des Strafgesetzbuches darstellt. In diese willige ich im Sinne von § 226A Strafgesetzbuch ein.

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggfs. Unterschrift Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum



9. Entbindungserklärung

Ich entbinde hiermit BODY CULT und den oben eingetragenen Piercer von jeglicher Verantwortung für eventuell eintretende körperliche Schäden, die nicht aufgrund grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz entstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Nummer des Personalausweises

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ausgestellt von/wann

\_\_\_\_\_  
ggfs. Unterschrift Erziehungsberechtigter