

Formular zur Risikobeurteilung für Kunden «Das Ohr by Olga Ribler»

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Nach Überprüfung der Antworten durch qualifiziertes Personal können Ihnen Piercing-Dienste aus Gesundheits- und Sicherheitsgründen verweigert werden.

	NEIN	JA
Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome (Fieber oder Schüttelfrost, Husten, Atemnot oder Müdigkeit)?		
Wurde Ihnen nach bestätigter Exposition gegenüber COVID-19 zur Quarantäne geraten?		
Wurden Sie positiv auf COVID-19 getestet oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen engen Kontakt mit einer Person, die positiv auf COVID-19 getestet wurde?		
Warten Sie auf ein COVID-19 (Antikörper)-Testergebnis innerhalb der letzten zwei Wochen?		
Sind Sie innerhalb der letzten zwei Wochen in ein fremdes Land gereist, das die Kriterien der Empfehlungen des Bundesamts für Gesundheit BAG nicht erfüllt?		

Bitte wählen Sie alle der folgenden Punkte aus, die auf Sie zutreffen:

	NEIN	JA
Aktuelle oder frühere Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Vorhandensein eines Herzschrittmachers		
Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, andere)		
Blutungen / blauer Fleck / Hämophilie		
Immunsystem (HIV, Hepatitis, andere)		
Jede Hauterkrankung (z. B. Schuppenflechte, Ekzem usw.)		
Ich bin schwanger / stille		
Ich neige zu Ohnmachtsanfällen/ Schwindelgefühlen		
Ich nehme gerinnungshemmende Mittel (Aspirin, Antikoagulantien)		
Ich bin allergisch gegen Schalentiere/Jod		

Ich verstehe, dass das Piercing an mir oder meinem minderjährigen Kind unter ordnungsgemäßen Bedingungen mit sterilisierten Instrumenten unter Verwendung von Industriestandardtechniken durchgeführt wird. Ich, bzw. mein minderjähriges Kind, bin geistig und körperlich gesund genug, um mich diesem Eingriff zu unterziehen und bestätige hiermit, dass ich, bzw. mein minderjähriges Kind, nicht an einer Krankheit oder einem Zustand leide (einschließlich Hämophilie, Herzkrankheit, Diabetes, Epilepsie, HIV oder Alkoholallergie), der die Heilung des Piercings ausschließen oder beeinträchtigen könnte. Mir ist bekannt, dass bei Piercings Antiseptika auf Alkoholbasis verwendet werden können, und weder ich noch mein minderjähriges Kind hatten bisher Probleme oder unerwünschte Reaktionen auf Antiseptika.

Ich erkenne an, dass ich mir bewusst bin, dass das Piercing trotz der Bemühungen des Personals von «Das Ohr by Olga Ribler» und einer ordnungsgemäßen Nachsorge für mich oder mein Kind gewisse Risiken birgt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Infektionen (einschließlich antibiotikaresistenter Bakterien), Metallsensibilität, allergische Reaktionen,

Entzündungen, Narbenbildung, Knorpelverformung, Ohnmacht und andere Komplikationen.

Mir ist bekannt, dass das Personal und andere Vertreter von «Das Ohr by Olga Ribler» keine medizinischen Fachleute sind und dass jegliche Empfehlungen von ihnen nicht als medizinischer Rat angesehen oder an dessen Stelle gesetzt werden sollten. Ich stimme diesem Piercing-Eingriff für mich oder mein minderjähriges Kind freiwillig und in voller Kenntnis der möglichen Risiken und Komplikationen zu. Außerdem übernehme ich hiermit für mich oder mein minderjähriges Kind alle Risiken von Verlusten oder Verletzungen jeglicher Art, die mit diesem Piercing verbunden sein können.

Hiermit entbinde ich (im größtmöglichen gesetzlich zulässigen Umfang) «Das Ohr by Olga Ribler» und andere verbundene Unternehmen sowie alle vorgenannten Unternehmen, Eigentümer, Anteilseigner, leitenden Angestellten, Direktoren, Mitarbeiter, Vertreter, Auftragnehmer, Erben und Rechtsnachfolger (im Folgenden «Vertreter») von allen Ansprüchen, Klagen, Forderungen, Schadensersatz und Haftung nach dem Gesetz oder nach dem Billigkeitsrecht (die «Ansprüche»), die ich, mein Kind oder seine Erben jetzt oder in Zukunft haben oder haben könnten, die durch dieses Piercing verursacht wurden oder damit in Zusammenhang stehen, und ich verzichte hiermit auf alle Ansprüche im Zusammenhang mit diesem Piercing.

Ohne das Vorstehende einzuschränken, erkläre ich mich (in meinem Namen und dem meines Kindes) hiermit bereit, die Vertreter von allen Ansprüchen freizustellen und schadlos zu halten, die sich aus meiner Fahrlässigkeit oder meinem vorsätzlichen Fehlverhalten ergeben könnten, einschließlich Komplikationen oder Reizungen, die durch unsachgemäße Hygiene, ungeeignete Reinigungslösungen, verfrühtes Entfernen von Schmuck oder Nichtbeachtung der Anweisungen auf dem Nachsorgeblatt verursacht werden.

Um eine ordnungsgemäße Heilung meines/r Piercings zu gewährleisten, erkläre ich mich damit einverstanden, bis zur vollständigen Heilung die im Nachsorgeblatt beschriebenen Verfahren zu befolgen. Hiermit bestätige ich, dass ich das Nachsorgeblatt gelesen und verstanden habe und eine Kopie davon zum späteren Nachschlagen erhalten habe.

Ich bin über 18 Jahre alt (Identitätsnachweis - Reisepass, Führerschein oder Personalausweis). Personen unter 18 Jahren müssen von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten begleitet werden, der dieses Formular zur Anerkennung und Akzeptanz ebenfalls unterschreiben muss. Bei Personen unter 18 Jahren werden die Informationen an den Minderjährigen und die ihn begleitenden Eltern bzw. Erziehungsberechtigten weitergegeben.

Ich stehe nicht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss und habe dieses Piercing aus freiem Willen beantragt. Meine Zustimmung ist informiert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Schmuck nicht mehr zurückgeben oder umtauschen kann, sobald er durch das Piercing gesetzt wurde.