

TATTOO-VIRUS.DE LASS DICH INFIZIEREN!

Vereinbarung / Kundenkartei

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____

Telefon / Mobiltelefon _____

Die Folgenden Angaben bitte im eigenen Interesse vollständig ausfüllen:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz)? ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw.) ja nein

Innere Krankheiten (Diabetes, Bluter usw.) ja nein

Überempfindlichkeit ja nein
Gegen: _____

(Medikamente, Materialien, sonstiges)

Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein
Welche? _____

Achtung, der Genuss von Alkohol, Drogen und Medikamenten (auch am Vortag) kann den Vorgang des Tätowierens negativ beeinflussen!

1. Ich bin über mögliche Risiken beim Tätowieren aufgeklärt worden und entscheide mich aus freien Stücken.
2. Ich weiß, dass es zu Hautreizungen, Rötungen, allergischen Reaktionen, Entzündungen, Verkrustungen oder ähnlichem kommen kann.
3. Mit der Motivwahl bin ich einverstanden und habe die Möglichkeit Korrekturen von Farbe und Form während der Behandlung zu veranlassen.
4. Nach der Behandlung erhalte ich schriftliche Nachsorge Informationen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben

Datum / Unterschrift