

Tattoo-Vertrag
zwischen
Bodystyle Tattoo Studio
RG Eventagentur Ralf Granacher
Ailingerstr. 40, 88046 Friedrichshafen
und

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
geb. am: _____
Ausweisdokument: _____

-nachfolgend „Kunde“ genannt-

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass je nach Körperstelle unterschiedliche Ergebnisse nach dem Abheilungsprozess erzielt werden können (von sog. Besenreisern, Farb- und Intensitätsverlust, Farbunterspülungen ins Bindegewebe, unkontrollierter Farbverlaufunter der Haut).

Dies gilt vor allem bei Tätowierungen an bestimmten Körperstellen wie Handgelenke, oberer Innenarm, Hände und Füße am Übergang zur Hornhaut, Knöchel, Ellenbogen, Kniescheibe.

Ich wurde über die Notwendigkeit der Nachsorge der in der Abheilung befindlichen Tätowierung aufgeklärt, insbesondere darüber, dass mangelnde Pflege zu qualitativen Verlusten führen können, die nicht in der Verantwortung des Studios liegen.

Ich wurde über die notwendige Vorsorge im Vorfeld meines Tattootermins (tägliches Cremen mit Bodylotion, ausreichender Schlaf/Ernährung, kein Energiedrinks, kein Alkohol/Drogen) aufgeklärt und weiß, dass ein anderes Verhalten die Qualität und Quantität der Arbeit beeinflussen kann.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden und verzichte somit auf jegliche Schadensersatzansprüche.

Das Tätowieren wird unter Anwendung steriler Instrumente durchgeführt. Zusätzlich bin ich über die von mir zu machende Nachsorge aufgeklärt worden und werde diese entsprechend durchführen.

**Da gesetzlich gesehen das Tätowieren laut
§223 StGB und §223a StGB
Körperverletzung ist willige ich mit meiner Unterschrift
entsprechend §226a StGB
ausdrücklich in die Körperverletzung ein.**

Ich bin mir im Klaren das von für die Behandlung keine Haftung übernommen wird. Dieser Haftungsausschluss umfasst auch alle auftretenden Folgeschäden.

Datum. _____ Unterschrift: _____

Haben Sie die Pflegeanweisung verstanden? Ja Nein

Wurden in den letzten 24 Stunden Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wurde in den letzten 2 Wochen ein Antibiotikum eingenommen? Ja Nein

Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen vorgenommen? Ja Nein

Sind Kreislaufprobleme bekannt? HIV oder Hepatitis? Ja Nein

Sind Sie Bluter? Ja Nein

Sind sonstige Krankheiten bekannt? Ja Nein

Für Frauen:

Ist eine Schwangerschaft bekannt, oder stillen Sie? Ja Nein

Mir ist bekannt, dass alle angegebenen Informationen vertraulich behandelt werden und nur zum sicheren Ablauf des Tattoos dienen.

Ich bin damit einverstanden von Bodystyle per E-Mail über Angebote und Aktionen informiert zu werden: Ja Nein

E-Mail-Adresse:

Freunde sein:

Ich möchte gerne von Bodystyle eine „Freundschaftseinladung“ erhalten:

Ja Nein

Facebook: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die von mir gemachten Angaben wurden von mir nach besten Gewissen gemacht und entsprechen der Wahrheit.

Bei falsch gemachten Angaben zu meiner Person werden im generellen jegliche Schadensersatzansprüche gegenüber Bodystyle abgetreten und somit wirkungslos.