

# Beauty - Dreams

Sabrina Holdener

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

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Tel . \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Hiermit beauftrage ich Beauty Dreams Sabrina Holdener bei mir ein \_\_\_\_\_-Piercing unter Befolgen der üblichen Vorsichts- und Hygienemassnahmen und unter Verwendung von nur hochwertigem Material anzubringen.**

Ich bin mir bewusst, dass das Piercen ein Eingriff ist, der auch danach Pflege und Nachbehandlung bedarf. Eine Infektion ist jedoch nie auszuschliessen und bedarf deshalb der ständigen Selbstkontrolle. Es ist auch möglich dass das Piercing rauswächst für diesen Fall nehmen wir keinerlei Garantie.

**Sollten trotzdem irgendwelche Komplikationen bei der Heilung auftreten, werde ich mich umgehen bei Sabrina Holdener orientieren lassen. Sollte ich einen Arzt konsultieren, werde ich dies auf eigene Rechnung machen.**

**Für einen derartigen Fall entlaste ich obige Firma und Ihre Vorlieferanten von allen rechtlichen Ansprüchen.**

Wichtige Informationen über Pflege habe ich erhalten.

## **Fragen zu meinem Allgemeinzustand:**

Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter schweren Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \_\_\_\_\_

**Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_**

**Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_**

(zwingend notwendig bei Minderjährigen)