



LE BOUDOIR
TATTOO STUDIO

Anmeldungsformulare

Name/Vorname:

Email:

Telefon nummer:

Adresse:

Bevormundet:

Ja

Nein

Fragen zu Ihre Gesundheit :

Herzbeschwerden:

Hepatitis:

Kreislaufproblem:

H.I.V.:

Epilepsie:

Diabetes:

Bluterkrankheit:

Hauterkrankheit:

Schwanger oder am stillen:

Chronische Krankheit:

- Ja und ich habe eine ärztliche Bestätigung dass, eine Tätowierung keinen negativen Einfluss auf meine Gesundheit hat.
- Nein.

Bluverdünnende Medikamente/ andere Medikamente:

- Ja und ich habe eine ärztliche Bestätigung dass diese keine negativen Einfluss auf eine Tätowierung habe.
- Nein.

Abschlussklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich für « Fragen zur Gesundheit » welche ich mit « ja » beantwortet habe, eine ärztliche Bestätigung vorliegen habe, welche belegt, dass eine Tätowierung keinen negativen Einfluss auf meine Gesundheit hat.

Das Vorenthalten von wichtigen Informationen, die zur gesundheitlichen oder lebensbedrohlichen Gefährdung des Kunden und /oder der Tätowiererin führen, kann rechtliche Schritte nach sich ziehen.

Ich gestatte Coralie Cabibbo hiermit mein Tattoo zu stechen im Wissen, dass dies unter strengsten und vorschrittmässigen Bedingungen (gemäss Richtlinie BAG/BLV für Tattoo, PMU Piercing und verwandte Praktiken) ausgeführt wird. Im Fall von später eintreffenden Komplikationen, verzichte ich auf jegliche rechtliche Schritte gegen Coralie Cabibbo. Ich bin mir bewusst, dass die Tätowierung einen Heilungsprozess von zwei bis vier Wochen, sowie besondere Nachpflege benötigt und mein Aussehen permanent verändert.

Ich bin mindestens 18 Jahre alt oder habe die schriftliche Einverständniserklärung meiner Erziehungsberechtigten.

Mit meiner Unterschrift übertrage ich Coralie Cabibbo die Verwendungsrechte an der Fotos, welche von meinem Tattoo gemacht werden.

Hiermit bestätige ich, das Formular vollständig gelesen und verstanden zu haben. Ebenso sind alle Angaben zu meiner Person und meiner Gesundheit korrekt und wahrheitsgetreu.

Ich erkläre hiermit, dass die oben aufgeführten Punkte auf mich zutreffen und ich sie zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift(en), Ort und Datum:

