

# Einverständniserklärung Ohrlochstechen



juwelier  
**bott**

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Ohrläppchen unter sterilen Bedingungen mit Stiften aus hochwertigem chirurgischem Stahl oder Titan durchstochen werden.

Die Vorschriften zur Pflege meiner durchstochenen Ohrläppchen habe ich erhalten. Während der angeratenen Zeitspanne werde ich sie befolgen, um Infektionen zu vermeiden.

Ich befreie Juwelier Bott von jeder Verantwortung über eventuelle Schäden oder Verletzungen, die als direkte oder indirekte Folge durch das Anbringen der Ohringe auftreten könnten.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

