



Klaus Sirovy · Pfarrgasse 36 · 4600 Wels

SPACE TRAVELLER  
straight soul tattoo

0664 322 95 31 · www.spacetraveller.at

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_  
 Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Festnetz / Handy \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Die Tätowierung darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine der Tätowierung entgegenstehende Kontraindikation vorliegt.

### LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN? Zutreffendes bitte ankreuzen

Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis A, B, C, D, E, F	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	HIV-positiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hauterkrankungen (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein	
Ekzeme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein	
angeborene Immundefizienzerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	andere Ursachen einer Immunsuppression	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Autoimmunerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	fiebrhafte Infekte / Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	akute Herz- / Kreislaufprobleme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Die oben stehenden Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

## TATTOO EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass an meinem Körper eine Tätowierung vorgenommen wird:

Oberarm |  Unterarm |  Oberschenkel |  Unterschenkel |  Kopf |  Brust |  Rücken |

Ich bestätige, dass ich ausführlich hinsichtlich möglicher Kontraindikationen, über die möglichen Risiken einer Tätowierung, die erforderliche Nachbehandlung, sowie über die Möglichkeit zur Entfernung der Tätowierung und der damit verbundenen Gefahren aufgeklärt wurde und mir schriftliche Ausführungen der *Tattoo Informationen* der *Tattoo Risiken* und der *Tattoo Pflegehinweise*, sowie Kopien dieser Einverständniserklärung und der *Tattoo Dokumentation* ausgehändigt wurden.

Die Kontrolle ist vereinbart für den: .....

Wird der Kontrolltermin nicht eingehalten, erlischt jegliche Haftung und Gewährleistung für den Tätowierer bzw. das Tattoostudio.

Ich bestätige, die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und weder rechtliche noch anders geartete Ansprüche (Regressansprüche) an den Tätowierer oder das Tattoostudio zu stellen. Alle meine Fragen wurden vollständig und mir verständlich beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit meine Entscheidung zu überdenken.

.....  
Datum, Unterschrift

Nadel-Hersteller   Nadel-Chargen-Nr.	Farben-Hersteller/-Bezeichnung   Farben-Pigment-Nr. /-Chargen-Nr.
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....