

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM OHRLOCHSTECHEN

Im Folgenden wird die Person, bei der das Ohrlochstechen durchgeführt wird, als „Kunde“ bezeichnet.

Name des Kunden: _____

Geburtsdatum: _____

Name des
Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich ein Elternteil oder gesetzlicher Vertreter des oben genannten Minderjährigen bin. Ich erteile meine ausdrückliche Zustimmung, dass meinem Kind ein oder mehrere Ohrlöcher gestochen werden dürfen. Mein Kind leidet weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophile, Schwindelgefühle noch an Herzerkrankungen. Es nimmt keine blutverdünnenden Medikamente ein. Ich bin mir bewusst, dass, wenn ich eine der oben genannten Medikamente nehme oder ein zuvor genanntes oder ein anderes medizinisches Problem habe, das Schießen der Ohrlöcher ein größeres Risiko für mich birgt, sodass ich vor dem Ohrlochstechen einen Arzt konsultieren muss.

Kreuzen Sie an, wo das Ohrloch gestochen werden darf.

Linkes Ohr Rechtes Ohr Beide Ohren

PFLEGEANLEITUNG NACH DEM OHRLOCHSTECHEN

Damit die frisch gestochenen Ohrlöcher optimal verheilen, beachten Sie bitte folgende Pflegehinweise:

- **Händehygiene:** Waschen Sie Ihre Hände gründlich, bevor Sie das Ohr oder den Ohrstecker berühren.
- **Normale Reaktionen:** Leichte Schwellungen oder Rötungen nach dem Stechen sind normal.
- **Reinigung:** Reinigen Sie Vorder- und Rückseite des Ohrs 1–2 Mal täglich mit einem geeigneten Antiseptikum, ohne den Ohrstecker zu entfernen.
- **Tragezeit:** Entfernen Sie den Ohrstecker in den ersten 6 Wochen nicht.
- Bei starken Schmerzen, ungewöhnlichen Schwellungen oder anhaltender Rötung suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: