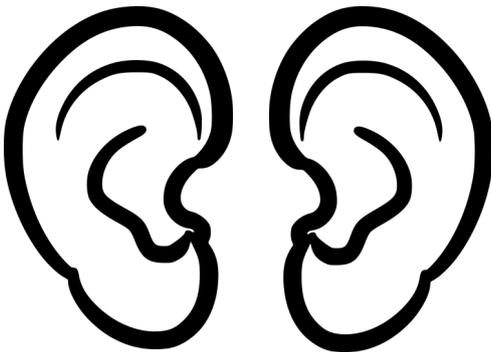


# Einverständniserklärung zum Ohrlochstechen

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ mich damit einverstanden, dass bei  
meinem Sohn/meiner Tochter \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
das/die Ohrläppchen durchstochen werden.

Ich übernehme die vollständige Verantwortung für den oben genannten Minderjährigen.  
Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Weiters gebe ich meinem minderjährigen Kind eine Kopie meines Ausweises zum  
Unterschriftenvergleich mit.



Linkes Ohr

Rechtes Ohr

Markieren Sie das Ohr an der Stelle,  
wo das Ohrloch gestochen werden darf.

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 Ohrpiercing ein größeres Risiko für mich birgt, sodass ich vor dem Ohrlochstechen einen Arzt  
konsultieren muss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift