

# Ohrlochstechanwendung und Einverständniserklärung bei Minderjährigen

Name Erziehungsberechtigter 1 \_\_\_\_\_

Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name Erziehungsberechtigter 2 \_\_\_\_\_

Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name des Kindes, bei dem

Ohrlöcher gestochen werden \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

**fischer.**  
juwelier. goldschmiede.

**Foto und  
Videoaufnahmen  
sind verboten!**

## Einverständnis zum Ohrlochstechen Minderjähriger

- Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass auf meinen Wunsch und dem Wunsch meines erziehungsberechtigten Kindes ein bzw. mehrere Ohrlöcher gestochen werden dürfen.**
- Mein erziehungsberechtigtes Kind leidet weder an Diabetes, Epilepsie, Hepatitis, HIV, Hämophilie, Kreislaufbeschwerden noch an Herzerkrankung. Mein Kind nimmt keine blutgerinnungshemmenden Medikamente ein.
- Mein erziehungsberechtigtes Kind steht nicht unter dem Einfluss von Drogen und/oder Alkohol.
- Mein erziehungsberechtigtes Kind befindet sich aus keinerlei Gründen in ärztlicher Behandlung, durch welche es ihr/ihm untersagt wäre, Ohrlöcher stechen zu lassen. Sollte sich mein Kind in ärztlicher Behandlung befinden, habe ich die Erlaubnis des behandelnden Arztes eingeholt, meinem Kind Ohrlöcher stechen zu lassen.
- Ich kenne die Möglichkeit einer Infektion aufgrund von unzureichender Nachpflege, Materialunverträglichkeit oder anderen Gründen.
- Den Pflegevorschlag habe ich durchgelesen und verstanden:
  - Medizinische Ohrstecker mind. 6 Wochen im Ohr lassen und nicht herausnehmen.
  - Desinfektion ab dem 2.Tag, 2x am Tag vorne und hinten auftragen
  - Ohringe vor und zurück schieben und nur mit desinfizierten Händen anfassen.
  - Haare waschen ab 2.Tag wieder möglich, Shampoo-Rückstände gut ausspülen.
  - Bei langen Haaren darauf achten, dass sich diese nicht um den Ohrring wickeln
  -
- Ich weiß, dass sich das Infektionsrisiko aufgrund äußerer Umstände erhöht, wenn das frisch durchstochene Ohr Umwelteinflüssen wie z.B. hoher Sonneneinstrahlung oder Kälte, beim Schwimmen, Mützen, Helm oder anderen Betätigungen ausgesetzt wird.
- Ich erkläre hiermit, dass ich ein Elternteil oder gesetzlicher Vertreter des/der Minderjährigen bin und das Sorgerecht besitze. Ich weiß, dass ich bei diesbezüglichen Falschangaben haftbar gemacht werden kann. **(Bei Alleinerziehenden benötigen wir die Negativbescheinigung)**
- Ich befreie Juwelier Fischer in Itzehoe und seine Mitarbeiter von jeglicher Verantwortung für sämtliche Schäden, die als direkte oder indirekte Folgen durch den Ohrlochstechvorgang entstehen können

und verzichte auf etwaige Ansprüche gegen Juwelier Fischer in Itzehoe sowie den Vertreiber oder Hersteller.  
Ich mache keine Foto- und Videoaufnahmen im Geschäft.

- Ich bestätige, dass mein erziehungsberechtigtes Kind 6 Jahre oder älter ist.
- Ich wurde in einem aufklärenden Gespräch über die Risiken beim Durchstechen von Ohrläppchen informiert
- Ich übernehme die vollständige Verantwortung für den/die oben genannte(n) Minderjährige(n).**
- 

Würde nach dem Durchstechen des Ohres in seltenen Fällen eine ärztliche Behandlung notwendig werden oder aber würde es zu Folgeschäden kommen, so besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse uns/mich an den Kosten beteiligt und evtl. das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise versagt oder zurückfordert.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt rein für den Auftrag zum Durchstechen der Ohren und wird nicht an Dritte weitergegeben.

**Ich habe alles Verstanden und bestätige dies durch ankreuzen und mit meiner Unterschrift:**

Itzehoe, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter 1

Itzehoe, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter 2