



## ÄRZTLICHE EINSCHÄTZUNG / FREIGABE

*Zusatzformular bei Risikofällen oder medizinischer Unsicherheit*

### Hinweis

Dieses Formular ist nicht für jeden Kunden erforderlich. Es dient nur zur zusätzlichen Abklärung, wenn aufgrund von Gesundheitsangaben, Medikamenten, Schwangerschaft/Stillzeit, Immunschwäche, Hauterkrankungen oder sonstigen Umständen eine medizinische Einschätzung sinnvoll ist.

### 1. Kundendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Geplantes Piercing

Piercing / Körperstelle: \_\_\_\_\_

Geplanter Zeitraum / Datum: \_\_\_\_\_

### 3. Grund der ärztlichen Einschätzung

- Diabetes
- Blutverdünner / Gerinnungsstörung
- Immunschwäche
- Hepatitis / HIV / andere relevante Infektion
- Herz-/Kreislaufkrankung
- Schwangerschaft / Stillzeit
- Hauterkrankung / Neurodermitis
- Allergien
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Ärztliche Einschätzung

Aus ärztlicher Sicht bestehen gegen die Durchführung des oben genannten Piercings:

- keine erkennbaren Bedenken.
- Bedenken; Durchführung wird derzeit nicht empfohlen.
- nur unter folgenden Bedingungen / Hinweisen keine Bedenken:

Hinweis: \_\_\_\_\_

Hinweis: \_\_\_\_\_

Hinweis: \_\_\_\_\_

### 5. Arzt / Ärztin

Name Praxis / Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse / Stempel: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Arzt/Ärztin