

Gesundheits Angaben



Name: _____

Vorname: _____

Eine Tätowierung darf nur vorgenommen werden, wenn kein Hinweis auf eine entgegenstehende Kontraindikation vorliegt. Daher ist eine wahrheitsgemässe Beantwortung der nachfolgenden Fragen, die beste Voraussetzung für die Durchführung einer perfekten Tätowierung. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko. Sollten innerhalb des vorgesehenen Behandlungszeitraumes (mehrere Sitzungen, oder Nachbehandlung) Veränderungen in Bezug auf die genannten Indikationen des Gesundheitszustandes aufkommen, so ist der Kunde eigenständig dafür verpflichtet, diese so bald als möglich bekannt zu geben.

- | | | | | |
|---|----|-----------------------|------|-----------------------|
| Bluter | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Diabetiker | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| HIV-Positiv | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Hepatitis-Erkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Atemwegserkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Kreislaufprobleme | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Hauterkrankungen | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Allergien | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Wundheilungsstörungen | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Angeborene Abwehrschwäche | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Autoimmunerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Fieberhafte Infekte/Infektionskrankheiten | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Blutverdünnungstherapie | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Geschlechtskrankheit | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Schwangerschaft | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Epileptiker | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Chronische/Akute Erkrankungen | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Cortisonbehandlung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Einnahme von Antidepressiva | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Einnahmen von Medikamenten | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

Kommen Sie in Ihrem Beruf mit Staub/Schmutz/Flüssigkeiten in Kontakt? Ja Nein

Beruf? _____

Sport? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Es gibt keine Freiheit ohne Aufmerksamkeit, Respekt und Vertrauen