

Ohrloch stechen mittels Ohrlochpistole

Nachname, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____
Adresse : _____
Telefon / e-mail : _____

Hiermit beauftrage ich einen Mitarbeiter der Stechomanie meine Ohrläppchen unter Befolgung aller üblichen Vorsichtsmaßnahmen und unter Verwendung von hochwertigem Material zu durchstechen.

Datum

Unterschrift Kunde

Datenschutzerklärung:

Die im Studio ausgehängten Dokumente zum Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Kunde

Pflegehinweise:

Der Pflegevorgang erfolgt immer bei trockenem Ohr und nur mit gereinigten Händen!

2 x täglich Vorder- und Rückseite mit dem Pflegemittel reinigen (ohne den Stecker zu entfernen). Stecker dabei vorsichtig eine halbe Umdrehung nach vorne und nach hinten drehen. Kein unnötiges Berühren der Ohren.

4-6 Wochen den medizinischen Ohrstecker durchgehend im Ohr belassen.

In den ersten 6 Monaten nur leichtgewichtige Ohrstecker verwenden; keine Ohrhänger.

Unmittelbar nach dem Stechvorgang kann es zu geringfügigen Schmerzen, leichten Rötungen und Schwellungen kommen. Dies ist eine ganz normale Reaktion. Werden die Pflegehinweise sorgfältig durchgeführt, klingen diese innerhalb von 48 Stunden ab.

Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden zu haben. Als Erziehungsberechtigter des Minderjährigen erkläre ich mich ausdrücklich mit dem oben gemachten Behandlungswunsch einverstanden.

Name : _____

Vorname : _____

Personalausweis-Nr. : _____

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Datenschutzerklärung:

Die im Studio ausgehängten Dokumente zum Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)
