



**Bitte überprüfe/aktualisiere deine Kontaktdaten und beantworte die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß**

Name	Geschlecht (Gender) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst.	Geburtstag (Birthday)
Adresse / Land (Address / Country)	Mobil (Mobile)	
	Festnetz (Landline)	
	Email	
Beruf (profession) Falls wir mal deine professionelle Unterstützung gebrauchen können		
Bevorzugte Art der Kontaktaufnahme (preferred contact method) <input type="checkbox"/> Handy/SMS, <input type="checkbox"/> Email, <input type="checkbox"/> sonstige		
Um mögliche individuelle Risiken rechtzeitig erkennen und einschätzen zu können, ist die sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen unerlässlich. Zutreffendes bitte ankreuzen:  Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine <b>Bluterkrankung</b> oder erhöhte Blutungsneigung. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine <b>Hauterkrankung</b> (Neurodermitis, Schuppenflechte etc.). <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an <b>Diabetes</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an <b>Sarkoidose</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen <b>Autoimmunerkrankungen</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich bin <b>Asthmatiker</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich nehme Medikamente zur <b>Blutverdünnung</b> (Marcumar, Aspirin, Heparin etc.). <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen folgende <b>Allergien</b> :  <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen <b>Überempfindlichkeit</b> sreaktionen (z.B. gegen Latex, Medikamente). <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe eine <b>Herzerkrankung</b> , Herzrhythmusstörung bzw. trage einen Herzschrittmacher. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe einen zu hohen bzw. zu niedrigen <b>Blutdruck</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich habe <b>Kreislaufprobleme</b> und/oder neige zu Ohnmachtsanfällen. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es besteht eine chronische <b>Infektionskrankheit</b> (z.B. AIDS, Hepatitis, MRSA). <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen <b>andere schwerwiegende chronische Leiden</b> (z.B. <b>Epilepsie</b> oder <b>Lähmungen</b> ). <input type="radio"/> <input type="radio"/> Es bestehen Erkrankungen, die zu einem <b>geschwächten Immunsystem</b> führen. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich leide an <b>Wundheilstörung</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich neige zu starker <b>Narbenbildung</b> . <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ich stehe unter <b>gerichtlicher Betreuung</b> .		

**Wenn sich Deine oben gemachten Angaben beziehungsweise Dein Gesundheitszustand bis zu deinem Termin bei uns verändert, liegt es in deiner Verantwortung (und Interesse), uns dies unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.**

Der Schutz deiner sensiblen Daten ist uns wichtig. Alle Details hierzu kannst du unserer ausliegenden **Datenschutz-Vereinbarung** entnehmen.

Ich willige in die ausliegende **Datenschutz-Vereinbarung (Stand 02.02.2022)** von Stargate GmbH, Tattoo Piercing Studio ein.

**Bitte vor dem Signieren das Tablet nun wieder an deine(n) Berater\*in zurückgeben. Danke!**

Durch das Studio auszufüllen: Zusammenfassung Anamnese

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kund\*in