

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG OHRLOCH STECHEN

Vorname, Name des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, der/die Erziehungsberechtigte des oben genannten Kindes, mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meinem Kind das Ohrloch/die Ohrlöcher gestochen werden. Ich wurde über die möglichen Risiken, die hygienischen Bedingungen und die Nachsorge umfassend informiert. Mir ist bewusst, dass das Stechen des Ohrlochs eine medizinische Prozedur darstellt und ich die Verantwortung für die Pflege und eventuelle Komplikationen übernehme. Ich bestätige, dass mein Kind keine bekannten Allergien gegen die verwendeten Materialien hat und dass keine gesundheitlichen Bedenken gegen das Stechen der Ohrlöcher bestehen.

Ort: _____

Datum: _____

Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter

Studio / Verantwortliche Person

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://deindokumentenportal.com/einverständniserklärung-ohrloch-stechen-christ/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://deindokumentenportal.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.