

**Dr.med. Richard Pawlak**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Facharzt für Chirurgie, Chirotherapie  
**Dr.med.Barbara Schäfer-Wegert**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Hauptstr. 93  
76448 Durmersheim  
Tel: 07245 / 830 60

Datum.....

Name und Anschrift:.....

**Einverständniserklärung für Piercing**

Hiermit erkläre ich, dass ich über mögliche Komplikationen nach dem Einsatz von Piercing-Schmuck aufgeklärt worden bin:

- I. Allgemeinrisiken:
  1. Wundinfektion
  2. Allergie auf Betäubungsmittel
  3. Allergie auf Metalllegierung
  4. „Herauswachsen“ der Schmuckstücke
  5. Blutung
  6. Narbenbildung an der Stichstelle
  7. Entzündung der inneren Organe (z.B. Herzmuskelentzündung).
- II. Spezielle Risiken:
  1. Schwellung der Genitalregion
  2. Beschwerden beim Wasserlassen - Blasenentzündung
  3. Schmerzen und Missempfindungen beim Geschlechtsverkehr
  4. Selten – Verstümmelung der Genitalorgane durch schwere Entzündung
  5. Entzündungen der Genitalregion sind auch nach der Ausheilung der Wunde möglich
  6. Aufsteigende Infektion (= Entzündung der inneren Organe durch die Keimwanderung im Körper)

Auch nach einem hygienisch einwandfrei durchgeführten Eingriff kann es in seltenen Fällen zu erheblichen Entzündungen der Stichstelle kommen, die sogar **lebensbedrohlich** sein können.

Ich bestätige, dass ich nach dem Aufklärungsgespräch genügend Bedenkzeit für meine Entscheidung für den Eingriff hatte. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich wurde über die notwendige Nachbehandlung der Wunde informiert.

Mir ist bekannt, dass alle Kosten von mir persönlich getragen werden. Die Kosten einer möglichen Nachbehandlung im Fall von Komplikationen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Folgende Vorerkrankungen und Risikofaktoren sind bei mir bekannt:

1. Allergie? .....
2. Diabetes mellitus ?.....
3. Blutkrankheiten? Gelbsucht (Hepatitis)?.....
4. Immunschwäche ?.....
5. Kreislaufbeschwerden? .....
6. Schwangerschaft? .....
7. Andere Krankheiten (Herzklappenfehler ?).....
8. Anzahl der Entbindungen? .....
9. Medikamenteneinnahme, Blutverdünnung.....

**Unterschrift (Patient):**