# Gesundheitsfragebogen

Deine ehrlichen Antworten schützen dich. Diese Fragen helfen deinem Artist einzuschätzen, ob etwas beeinflusst, wie deine Haut reagiert oder heilt. Es handelt sich um **sensible Gesundheitsdaten**, die mit besonderer Sorgfalt behandelt und nur für dein Tattoo verwendet werden — bitte beantworte sie vollständig und wahrheitsgemäß.

VOLLSTÄNDIGER NAME _____ GEBURTSDATUM _____ DATUM _____

## I Zu deiner Gesundheit

### ALLERGIEN & HAUT

Hast du Allergien (Metalle/Nickel, Latex, Pflaster, Kosmetik, Medikamente, Betäubungsmittel)? ☐ JA ☐ NEIN

FALLS JA, WELCHE _____

Hast du eine Hauterkrankung an oder nahe der Stelle (Ekzem, Schuppenflechte, Dermatitis, Ausschlag)? ☐ JA ☐ NEIN

FALLS JA, WELCHE _____

Hast du Muttermale, Warzen oder erhabene Male an der zu tätowierenden Stelle? ☐ JA ☐ NEIN

Neigst du zu schlechter Narbenbildung oder zu wulstigen (Keloid-)Narben? ☐ JA ☐ NEIN

### MEDIKAMENTE & VORERKRANKUNGEN

Nimmst du derzeit Medikamente ein? ☐ JA ☐ NEIN

FALLS JA, WELCHE _____

Nimmst du blutverdünnende oder gerinnungshemmende Medikamente? ☐ JA ☐ NEIN

Nimmst du — oder nahmst du kürzlich — Aknemittel wie Isotretinoin (Roaccutan)? ☐ JA ☐ NEIN

Hast du Diabetes? ☐ JA ☐ NEIN

Hast du eine Herz- oder Kreislauferkrankung oder hohen / niedrigen Blutdruck? ☐ JA ☐ NEIN

FALLS JA, DETAILS _____

Hast du Epilepsie, Krampfanfälle oder neigst du zu Ohnmacht? ☐ JA ☐ NEIN

Hast du eine Blutungs- oder Gerinnungsstörung (z. B. Hämophilie)? ☐ JA ☐ NEIN

Hast du eine durch Blut übertragbare Infektion (Hepatitis, HIV) oder ein geschwächtes Immunsystem? ☐ JA ☐ NEIN

### AKTUELL

| | | |
|---|---|---|
| Bist du schwanger oder stillst du? | ☐ JA | ☐ NEIN |
| Bist du gerade krank oder hast du eine Infektion oder offene Wunde? | ☐ JA | ☐ NEIN |
| Hattest du in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen? | ☐ JA | ☐ NEIN |
| Hast du in den letzten Stunden etwas gegessen? | ☐ JA | ☐ NEIN |

## 2 Sonstiges

### GIBT ES SONST ETWAS, DAS WIR ÜBER DEINE GESUNDHEIT WISSEN SOLLTEN?

## 3 Erklärung & Einwilligung

☐ Ich habe diese Fragen **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet und mir ist bewusst, dass das Verschweigen von Informationen meine Gesundheit gefährden kann.

☐ Ich willige **ausdrücklich ein**, dass das Studio die obigen Gesundheitsdaten allein zu dem Zweck verarbeitet, mein Tattoo sicher zu beurteilen und auszuführen (**Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO**). Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen; die Datenschutz-Information erklärt meine Rechte und wie lange dieser Bogen aufbewahrt wird.

### ORT, DATUM

### UNTERSCHRIFT