

纹身/穿孔同意书和责任豁免

纹身和穿孔服务的全面同意和责任豁免，包括年龄验证和健康筛查

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

服务信息

服务类型 *

☐ 纹身

☐ 身体穿孔

☐ 纹身和穿孔

☐ 纹身修复/覆盖

服务说明 *

艺术家/穿孔师姓名

年龄验证

您必须年满18岁才能接受纹身或穿孔服务。需要有效的政府签发的带照片身份证件。如果您未满18岁，父母或法定监护人必须在场并签署未成年人/家长同意书。

我确认我已年满18岁 *

☐ 是的，我18岁或以上

☐ 我未满18岁，我的家长/监护人在场

政府签发的身份证类型 *

☐ 驾驶执照

☐ 州身份证

☐ 护照

☐ 军人证

身份证号码后4位 *

健康和安全筛查

您目前是否处于酒精或药物的影响下？ *

☐ 否，我很清醒 ☐ 是

重要：我们无法为受酒精或药物影响的人士提供任何服务。这是为了您的安全和确保最佳效果。

您是否有以下任何情况？

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ 血友病或凝血障碍 | ☐ 糖尿病 | ☐ 癫痫或癫痫发作障碍 |
| ☐ 心脏疾病 | ☐ HIV、乙肝或丙肝 | ☐ 皮肤病（湿疹、牛皮癣、皮炎） |
| ☐ 瘢痕体质史 | ☐ 目前怀孕或哺乳 | ☐ 免疫系统障碍 |
| ☐ 以上都没有 | | |

列出任何已知的过敏（乳胶、金属、染料、局部麻醉剂） *

您目前正在服用任何药物（包括血液稀释剂）吗？

责任豁免

确认和责任豁免：

1. 我理解纹身和穿孔涉及用针刺破皮肤，存在固有风险，包括但不限于：感染、瘢痕、瘢痕体质形成、过敏反应、神经损伤和愈合延迟。
2. 我确认工作室已向我满意地解释了该程序、风险和术后护理。
3. 我理解该工作室使用无菌一次性针和遵守所有适用的健康和安全法规。
4. 我接受纹身的最终效果取决于许多因素，包括皮肤类型、术后护理的遵守、日光照射和自然衰老。
5. 我理解在愈合期间不应移除穿孔首饰，移除可能导致穿孔关闭。
6. 我同意遵循提供的所有术后护理说明。
7. 我承认修补受工作室修补政策的约束。
8. 我赔偿该工作室、其艺术家和员工免除因今日提供的服务而引起的任何索赔、损害或责任。

我已完整阅读责任豁免条款，并自愿同意其条款。我理解与我接受的服务相关的风险。

我已阅读并同意责任豁免：

服务记录
仅供办公室使用

	日期	区域	墨水/批号	针
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意和签名

在下面签名，我证明我已年满法定年龄（或由家长/监护人陪同），未处于药物或酒精影响下，已披露所有相关健康状况，并自愿同意上述纹身/穿孔服务。我对自己的决定承担全部责任，并让工作室免除责任。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息:

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。