



### Einwilligung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass meine Ohrläppchen, oder die meines Kindes, von dem Inhaber bzw. einem Angestellten der Ernst Febon GmbH & Co. KG unter Befolgung der zu diesem Zweck üblichen Regeln durchstochen werden.

Die/der Einwilligende erhält eine schriftliche Anweisung zur Pflege der durchstochenen Ohrläppchen.

Vorstehende Einwilligung gebe ich in Anerkennung der Tatsache, dass trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Komplikationen – wie z.B. Infektion des Ohrläppchens – auftreten können. In diesem Fall muss ich meinen Arzt konsultieren.

Sollten derartige oder weitergehende Komplikationen auftreten, entlaste ich die Firma Febon und deren Lieferanten von allen rechtlichen Ansprüchen.

Name bzw.  
Name des Kindes

---

Wohnort:

---

Adresse:

---

Geburtsdatum:

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)