



ASIAKASTIETOLOMAKE

Olen täyttänyt 16-vuotta (Nännilävistyksen ikäraja 18 vuotta.)	Kyllä	[]	Ei	[]
Minulla on HIV/Aids, Hepatiitti tai muu veriteitse tarttuva sairaus	Kyllä	[]	Ei	[]
Olen päihdyttävien aineiden vaikutuksen alaisena	Kyllä	[]	Ei	[]
Käytän verta ohentavia lääkkeitä	Kyllä	[]	Ei	[]

Lävistäjällä on oikeus pidättäytyä toimenpiteen suorittamisesta jos asiakkaalla on jokin lävistyksen estävä tai lävistäjän terveyden vaarantava sairaus, kuten verenvuototauti, hepatiitti, AIDS tai asiakas on HIV-positiivinen.

Asiakas sitoutuu noudattamaan saamia hoito-ohjeita ja ymmärtää, että lävistyksen hoito on omalla vastuulla. Mahdollisissa ongelmatapauksissa ota yhteys lävistäjään. Asiakas vakuuttaa allekirjoituksellaan antamansa tiedot oikeiksi.

Lävistyksen sijainti: _____

Asiakkaan nimi: _____

Syntymäaika: _____

Puh.nro: _____

Kotipaikkakunta: _____

Päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Alle 16-vuotiaalta vaaditaan huoltajan suostumus.

Huoltajan nimi: _____

Huoltajan puh.nro: _____

Huoltajan allekirjoitus: _____