

# ALAIKÄISEN ASIAKASTIETOLOMAKE



## Huoltaja täyttää:

- Lävistettävä ei ole raskaana ja varmistan että lävistettävä ei ole minkään päihdyttävien aineiden vaikutuksen alainen lävistystä tehtäessä.
- Lävistettävällä ei ole tai olen informoinut lävistäjää kaikista lävistettävällä olevista sairauksista. Lävistäjällä on oikeus kieltäytyä lävistyksen tekemisestä, mikäli lävistettävällä on jokin lävistyksen tekemisen estävä tai lävistäjän terveyden vaarantava sairaus.
- Sitoudun perehtymään lävistäjältä saatuihin hoito-ohjeisiin ja varmistamaan, että lävistettävä henkilö tutustuu ja noudattaa niitä koko lävistyksen paranemisaajan.
- Ymmärrän, että nimi-, syntymäaika-, puhelinnumero-, sähköposti- ja osoitetiedot tallennetaan asiakastapahtumaa varten tällä lomakkeella.
- Olen lukenut ja ymmärtänyt asiakastietolomakkeen jokaisen kohdan ja vakuutan, että antamani tiedot ovat oikein.

Asiakkaan nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Tehtävä lävistys/lävistykset: \_\_\_\_\_

Huoltajan nimi: \_\_\_\_\_

Huolt. Puh: \_\_\_\_\_ s.posti: \_\_\_\_\_

Pvm ja huoltajan allekirjoitus. \_\_\_\_\_

## Lävistäjä täyttää:

Lävistys:	Koru:	Päivämäärä: