

Banana Bell

Body Piercing

17, rue de Carouge - 1205 Genève
Tel. 022 320 65 11

DECHARGE POUR LA MISE EN PLACE D'UN PIERCING

Ce formulaire de décharge est une forme de communication aussi bien qu'un consentement.

En signant ce formulaire, vous nous laissez savoir que vous comprenez le sérieux et les risques du piercing.

Je (Prénom et Nom) _____ demande à Banana Bell de percer mon, ma, mes _____

et libère par ceci Banana Bell et ses employés de toute responsabilité, réclamation, action et demande.

J'assume par ceci volontairement tous les risques ou dommages du ou lié à mon piercing(s).

Le soussigné décharge le perceur de toutes conséquences dues au piercing, de quelque nature qu'elle soit (perte de connaissance, rejet, surinfection, allergie, etc...) et déclare en assumer l'entière responsabilité.

Toute poursuite judiciaire, pénale ou autre est donc exclue.

Je comprends que je serai percé en utilisant des instruments et des techniques appropriés.

Pour assurer une cicatrisation appropriée de mon piercing, j'accepte de suivre les procédures de soins ultérieurs signalés dans la feuille « Soins Piercing » jusqu'à la cicatrisation totale.

Et que je reconnais avoir imprimée, lue et compris.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

- J'ai des symptômes du COVID-19 ___ OUI ___ NON
- J'ai l'hépatite B, C ___ OUI ___ NON
- Je suis en traitement (méthadone) ___ OUI ___ NON
- J'ai des problèmes de sang ___ OUI ___ NON
- Je suis une thérapie avec anticoagulants ___ OUI ___ NON
- Je suis enceinte ___ OUI ___ NON
- Je suis diabétique ___ OUI ___ NON
- Je suis hémophile ___ OUI ___ NON
- Je souffre d'épilepsie ___ OUI ___ NON
- Je suis actuellement enrhumé ___ OUI ___ NON
- Je suis en traitement médical ___ OUI ___ NON Si oui pourquoi _____
- Je suis sujet à l'évanouissement et/ou chutes de tension ___ OUI ___ NON
- Maladies et problèmes de la peau ___ OUI ___ NON Si oui lesquelles _____

**Si toutes les réponses sont négatives jusqu'à ici continuez à remplir ce questionnaire
Sinon veuillez nous appeler au 022 320 6511 avant de continuer la démarche**

Sensibilité au métal et allergies:

Allergies ___ OUI ___ NON Type d'allergie _____

Allergies au latex ___ OUI ___ NON

Peau :

J'ai une cicatrice sur la zone à percer ___ OUI ___ NON

CLIENT

NOM ET PRENOM : _____

AGE _____ Date de Naissance : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

E-MAIL : _____

Je déclare que les informations communiquées dans le présent document (décharge et questionnaire de santé) sont vraies et correctes.

J'ai lu, compris et approuvé cette décharge le ___/___/___

Signature : _____