

Einwilligung zum Ohrlochstechen

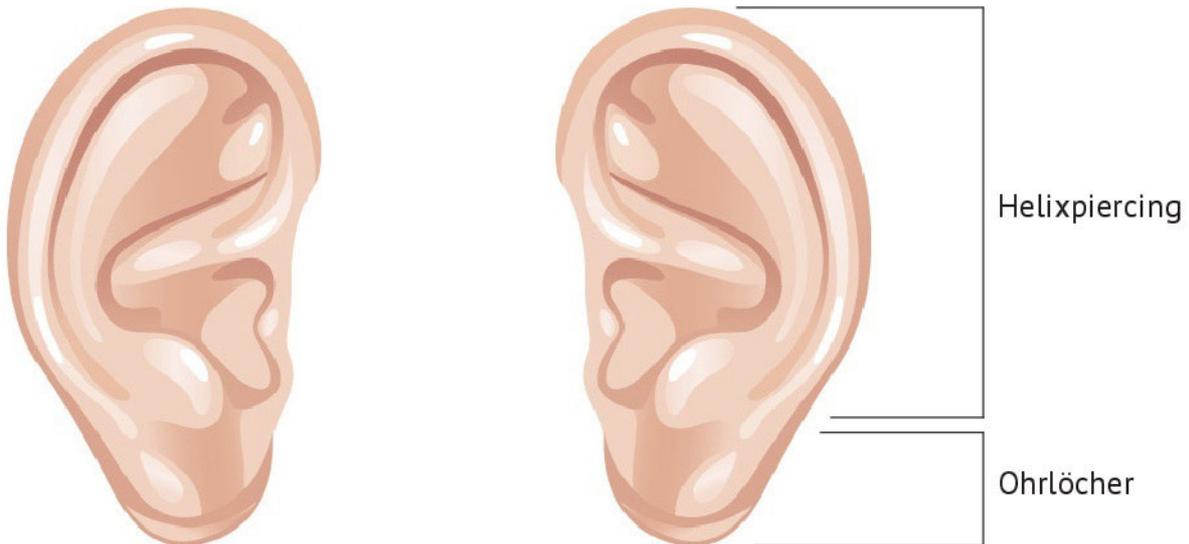
Hiermit bestätige ich, dass

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

ein Ohrloch zwei Ohrlöcher

stechen darf. Bitte entsprechendes Ankreuzen und auf untenstehende Skizzen markieren wo gestochen werden soll.



Vorname / Name gesetzlicher Vertreter: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Wichtig: Bitte Ausweis sowie auch Kopie eines amtlichen Ausweises des gesetzlichen Vertreters mitbringen.