

CONSENT TO BODY PIERCING PROCEDURE

Surname:	First Name:	Birth Date:	ID:
Address:		Phone #:	E-mail:

I acknowledge by signing this agreement that I have been given the full opportunity to ask any and all questions which I might have about the obtaining of a body piercing or microdermal (single point piercing) and that all of my questions have been answered to my full satisfaction. I specifically acknowledge I have been advised of the facts and matters set forth below and I agree as follows :

- I am not pregnant or nursing. I do not have epilepsy or hemophilia. I do not suffer from any heart conditions or take medication which thins the blood. I have informed my Piercer of any condition such as diabetes that might hamper the healing of the piercing.
- If I suffer from hepatitis, or any other communicable disease, I have informed the Piercer of this fact and I have been advised of any procedures necessary to promote the satisfactory healing of my piercing.
- I do not suffer from medical or skin conditions such as, but not limited to: keloid or hypertrophic scarring, psoriasis at the site of the piercing or any open wounds, infections, rashes, or lesions at the site of the piercing.
- I have advised the Piercer of any allergies to metals, latex gloves, soaps and medications. I acknowledge it is not reasonably possible for the Piercer to determine whether I might have an allergic reaction to the piercing or processes involved in the piercing and further acknowledge that such a reaction is possible.
- I have truthfully represented to the Piercer that I am over the age of sixteen (16) years. I am not under the influence of drugs or alcohol. To my knowledge, I do not have any physical, mental or medical impairment or disability which might affect my well-being as a direct or indirect result of my decision to have a piercing done at this time.
- I acknowledge that obtaining this piercing is my choice alone and will result in a permanent change to my appearance, and that no representation has been made to me as to the ability to restore the skin involved in this piercing to its pre-piercing condition.
- I acknowledge infection is always possible as a result of obtaining a piercing. I have received aftercare instructions and agree to follow all of them while my piercing is healing.
- I understand I will be pierced using appropriate instruments and sterilization.
- I understand that **Urban Body** reserves all rights to use any photos of my piercing or tattoo taken at the shop.
- I agree to receive emails, as well as promotional offers and announcements. I understand Collected information will not be shared with any third party and I can unsubscribe at any given time.

Therefore, I request the Piercer to pierce my _____. I understand this type of piercing usually takes ___ months or longer to heal. I hereby release and forever discharge and hold harmless **Tom Robinson**, the Piercer and all affiliates, Owners, Managers, and Employees from any and all claims, damages or legal actions arising from or connected in any way with my piercing, or the procedure and conduct used in my piercing, to the fullest extent allowed by the law .

By signing below, I, _____, or their legal guardian, agree that I have read the Body Piercing Release form provided by Urban Body and agree to its terms .

Client Signature: _____ Date: _____

הסכמה להליך בודי פירסינג

שם משפחה:	שם פרטי:	תאריך לידה:	תעודת זהות:
כתובת:	טלפון:	כתובת דוא"ל:	

אני החתומה/מטה מצהיר/ה בזאת כי קיבלתי את ההזדמנות המלאה לשאול כל שאלה ואת כל השאלות היכולות לעלות על דעתי בנוגע לקבלת פירסינג מכל סוג ושכל שאלותי נענו לשביעות רצוני המלאה. אני מצהיר/ה ספציפית בזאת כי כל העובדות והנושאים המופיעים מטה הוצגו בפני:

- אינני** בשלבי הריון מוקדמים או מתקדמים ואינני בתקופת הנקה. אינני סובלת מאפילפסיה (כפיון) או מהמופיליה (דממת). אינני סובלת ממחלת לב מכל סוג ולא נוטלת תרופות העלולות לדלל את הדם. הודעתי לפירסר על כל תופעה או מצב בריאותי כגון סכרת העלולה לעכב את זמן ההחלמה של הפירסינג.
- במידה ואני סובלת ממחלת ההפטיטיס או כל מחלה מדבקת אחרת, **הצהרתי** עובדה זו בפני הפירסר והומלץ לי על כל ההליכים הנדרשים על מנת לעודד החלמה משביעת רצון.
- אינני** סובלת ממחלות רפואיות או מחלות עור כגון: קלואידים או צלקות היפרטרופיות, פסוריאזיס באיזור הפירסינג או כל פצע פתוח, זיהום, פריחה או חבלה באיזור הפירסינג.
- הצהרתי** בפני הפירסר לגבי כל אלרגיה או רגישות למתכות, כפפות לטקס, סבונים ותרופות. אני מכיר/ה בזאת כי לא גיוני או סביר שהפירסר יכול לקבוע אם תהיה לי תגובה אלרגית לפירסינג או לתהליך המעורב בפירסינג ומאשר/ת כי תגובה מסוג זה היא אפשרית.
- הצגתי** בפני הפירסר הוכחה קבילה לחוק כי מלאו לי שש-עשרה (16) שנים או יותר. אינני תחת השפעת אלכוהול או סמים מכל סוג אחר. לידיעתי, אינני סובלת מכל ליקוי פיזי, נפשי או רפואי העלול להשפיע על שלמותי כתוצאה ישירה או לא ישירה להחלטתי לבצע את הפירסינג בזמן זה.
- אני מאשר/ת** בזאת כי קבלת הפירסינג היא החלטתי הבלעדית ותגרום לשינוי קבוע במראה החיצוני שלי, ושלא הוצגה בפני אפשרות לשחזר את העור המעורב בפירסינג לקדמותו.
- אני מכיר/ה בזאת** כי תמיד אפשרי לפתח זיהום (אינפקציה) כתוצאה מעשיית הפירסינג. קיבלתי את הוראות הטיפול ואני מסכימה/ה לציית להן במהלך תקופת ההחלמה.
- אני מבינה** כי הפירסינג יבוצע בשימוש כלים מתאימים ובתנאים סטרילים.
- אני מבינה** ש **URBAN BODY** שומר כל זכות לשימוש בכל תמונה של הפירסינג או קעקוע שלי שצולם בשטחי הסטודיו או בסביבתו.
- אני מאשר/ת קבלת עדכונים והטבות מיוחדות לכתובת מייל, ידוע לי כי אוכל לשנות את דעתי ולבטל זאת בכל עת.

עקב כך, אני מבקש/ת מהפירסר לבצע עבורי פירסינג מסוג _____ . אני מבינה כי פירסינג מסוג זה בדרך כלל לוקח _____ חודשים או יותר להחלים. אני משחרר/ת בזאת ופטר/ת לאלתר את **תום רובינסון**, הפירסר וכל חברי הצוות, הבעלים, המנהלים והעובדים מכל טענה, נזק או פעולות משפטיות הנובעות או קשורות בכל דרך עם הפירסינג, הפרוצדורה והתנהלותה בעשיית הפירסינג שלי במידה המלאה המותרת בחוק.

בחתימה מטה, אני, _____, או האפוסטורפוס שלהם, מסכימה/ה בזאת כי קראתי את טופס השחרור הסופק על ידי הסטודיו ומסכימה/ה לתנאיו.

תאריך: _____ חתימת הלקוח: _____