

Beischlaf-Erklärung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname, Geburtsname

Anschrift

Geburtsdatum

Geburtsort

Ausgewiesen durch Personalausweis Nr.

Männlich Weiblich Weißlich Wechselt Weder noch Sowohl als auch Sonstiges

gegenüber

Ggf. weitere Blätter anfügen

verbindlich und rechtswirksam, dass ich vom _____ bis zum _____
den Vollzug folgender Praktiken ausdrücklich wünsche:

Knutschen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Missionar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Härtegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Fummeln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Löffelchen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beißen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vögeln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Reiter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fesseln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Oral aktiv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hunde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Knebeln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Oral passiv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von hinten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Den Stock	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Küchentisch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Peitsche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Wand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	In den See	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zusatzleistungen:

Schlimme Wörter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gleitmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuschauer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohne Gummi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Webcam	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Extra Tief	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dildo/Vibrator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Reizwäsche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dreier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erweitertes Vorspiel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum

Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)