

Mooi en Zeker Intakeformulier / informed consent

Naam		Geboortedatum	
Adres		Telefoonnummer	
Postcode/woonplaats		E-mail adres	
Huisarts/dermatoloog		Zorgverzekeraar	

Ondergetekende verklaart weloverwogen en uit vrije wil de behandeling te laten uitvoeren door....., gediplomeerd schoonheidsspecialiste bij Mooi en Zeker in Amersfoort en:

- toestemming te geven voor vastlegging van gegevens over zijn/haar gezondheid en medicijngebruik;
- het niet juist of onvolledig beantwoorden van de vragen en het niet naleven van de voorwaarden een nadelige invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.

Algehele gezondheid

Hoe is uw algehele gezondheid	Goed/matig/slecht
Heeft u de volgende aandoening(en)	<input type="checkbox"/> bloedstolling stoornis <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> stofwisselingsziekte <input type="checkbox"/> menstruatiestoornis <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> anorexia/boulimia <input type="checkbox"/> HIV/hepatitis <input type="checkbox"/> schildklier <input type="checkbox"/> immuunziekte <input type="checkbox"/> herpesvirus (koortslip) <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> trage wondgenezing
Gebruikt u momenteel medicijnen	<input type="checkbox"/> roaccutane <input type="checkbox"/> medicatie voor hart- en vaatziekten <input type="checkbox"/> isotretinoïne <input type="checkbox"/> medicatie voor hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> prednison <input type="checkbox"/> medicatie voor lage bloeddruk <input type="checkbox"/> antibiotica <input type="checkbox"/> anti depressiva
Zo ja, welke	
Heeft u korter dan zes maanden geleden een operatie ondergaan	Ja/nee
Zo ja, welke	
Heeft u een pacemaker, implantaten, piercings, amalgaam vullingen	Ja/nee
Welke allergieën zijn bij u aanwezig	
Andere niet genoemde aandoening(en)	
Gebruikt u hormonale anticonceptie	Ja/nee
Zo ja, welke	
Bent u zwanger of kunt u zwanger zijn	Ja/nee
Geeft u borstvoeding	Ja/nee
Heeft u menstratieklachten	Ja/nee
Heeft u overgangsklachten	Ja/nee
Rookt u	Ja/nee
Hoeveel alcohol drinkt u gemiddeld per week glazen
Heeft u stressklachten	Ja/nee
Wat doet u aan beweging/sport	
Hoe is uw slaappatroon	
Hoe is uw darmfunctie	
Heeft u een gezond voedingspatroon	
Welke voedingssupplementen gebruikt u	

Vragen m.b.t. huid

Na genezing van een wondje, treedt er dan verkleuring op	Ja/nee
Na genezing van een wondje, treedt er dan keloidvorming op	Ja/nee
Heeft u psoriasis of eczeem	Ja/nee
Heeft u (huid)kanker of ooit gehad	Ja/nee
Gaat u wel eens onder de zonnebank	Ja/nee
Hoe vaak gaat u in de zon	
Heeft u korter dan zes weken geleden een cosmetische ingreep ondergaan	Ja/nee
Heeft u korter dan een half jaar een laserbehandeling ondergaan	Ja/nee
Heeft u fillers	Ja/nee
Heeft u weleens de volgende behandelingen ondergaan	<input type="checkbox"/> microdermabrasie <input type="checkbox"/> chemische peeling <input type="checkbox"/> IPL / laser

Wat wilt u verbeterd zien aan de huid:**Advies schoonheidsspecialist:**

(in te vullen door de schoonheidsspecialist):

O ik geef toestemming om voor en na foto's te plaatsen op de website en social media van Mooi en Zeker

Datum:

Naam:

Handtekening:

Het origineel van dit formulier wordt meegegeven aan de cliënt, een scan van dit formulier wordt opgeslagen in het dossier van de cliënt bij Mooi en Zeker.

Wettige vertegenwoordiger

Indien u jonger bent dan 16 jaar, is de handtekening van een wettige vertegenwoordiger (ouder/verzorger) verplicht.

Datum:

Naam vertegenwoordiger:

Handtekening vertegenwoordiger:
