

Intake en toestemmingsformulier Microneedling

Heeft u bloedstollingsproblemen/hemofilie? Zo ja: maximale naald diepte 0,5 mm gebruiken.	J ☐ N ☐
Heeft u kanker gehad in de afgelopen 10 jaren? Zo ja: niet behandelen. Dit is een contra-indicatie.	J ☐ N ☐
Heeft u diabetes type 1 of 2 of gebruikt u immuunsysteem onderdrukkende medicijnen? Zo ja: niet behandelen of toestemming van de behandelend arts.	J ☐ N ☐
Heeft u last (gehad) van psoriasis in het gelaat of elders op het lichaam? Houd rekening met een vergroot risico op een uitbraak (Koebner syndroom).	J ☐ N ☐
Bent u in verwachting of geeft u borstvoeding? Zo ja: Voorstellen om behandeling uit te stellen. LET OP: geen retinol-houdend product gebruiken.	J ☐ N ☐
Heeft u last van een huid- of schimmelinfectie of huidirritatie in het te behandelen gebied? Zo ja: niet behandelen. Wanneer de irritatie of infectie onder controle is, eventueel opnieuw evalueren.	J ☐ N ☐
Heeft u last van actinische keratose (droge, ruwe plekken als gevolg van zonneshade)? Zo ja: niet behandelen en doorverwijzen naar de huisarts.	J ☐ N ☐
Bent u geïnfecteerd met het Hiv-virus? Zo ja: niet behandelen. Dit is een contra-indicatie.	J ☐ N ☐
Heeft u een chronische huidziekte? Zo ja: raadpleeg eerst uw dermatoloog voor toestemming.	J ☐ N ☐
Lijdt u aan contactallergie? Bijvoorbeeld vitamine A of Aloë Vera Zo ja: raadpleeg eerst uw dermatoloog voor toestemming.	J ☐ N ☐
Heeft u hart- en/of vaatafwijkingen? Zo ja: raadpleeg eerst uw behandelend arts voor toestemming.	J ☐ N ☐
Bent u gevoelig voor het koortslipvirus? Zo ja: gebruik voor en na de behandeling een koortslipvirus-remmende crème (bijvoorbeeld Zovirax).	J ☐ N ☐



Geef de lokale contra-indicaties aan op de tekening:

Geef de lokale contra-indicaties aan in de tekening. Deze gebieden worden tijdens de behandeling niet behandeld. Geef in de tekening tevens de naaldlengtes aan welke u heeft gebruikt op de verschillende zones.

- Actieve acne (infecties)
- Actieve rosacea (met bultjes)
- Eczeem plekken
- Open wondjes/zweren – koortslip
- Geïrriteerd gebied
- Verheven moedervlekken
- Wratten

Toestemmingsverklaring

Ik ben op de hoogte van de aard, het doel en de te verwachten resultaten van de voorgenomen behandeling. Ik ben erop gewezen dat er voor en na de behandeling bepaalde richtlijnen zijn om een optimaal resultaat te bereiken. Ik heb de behandelaar op de hoogte gesteld van mijn ziekten, medicijngebruik en eventuele overgevoeligheden. Bovenstaande informatie, de verklaring en de adviezen zijn besproken, ik heb het begrepen en ga hiermee akkoord. Ik wil de Microneedling behandeling uit vrije wil ondergaan en neem hiervoor mijn eigen verantwoordelijkheid.

Contactgegevens

Naam klant: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening klant: _____

Datum: _____

Indien jonger dan 16 jaar, dient er door een wettige vertegenwoordiger te worden ondertekend.

Naam vertegenwoordiger: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening
Vertegenwoordiger: _____

Datum: _____

Contact gegevens t.b.v. salon voor eventuele nazorg.

Naam salon: _____

Naam behandelaar: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Email: _____

Handtekening
schoonheidsspecialist: _____

Datum: _____