



TOESTEMMINGSFORMULIER DIODE ICE LASER

Om een beeld te krijgen of voor u een behandeling op dit moment geschikt is dient u de onderstaande vragen zo goed mogelijk te beantwoorden.

Bij twijfel kunt u contact opnemen met uw huisarts.

DATUM		
NAAM + ACHTERNAAM		
ADRES		
POSTCODE + WOONPLAATS		
GEBOORTEDATUM		
TELEFOONNUMMER		

Bent u zwanger? Nee Ja

Gebruikt u één van de onderstaande medicijnen of zalven?

Tegen Acné Nee Ja

Kruidenpreparaten tegen somberheid, zoals St Janskruid Nee Ja

Antibiotica of Penicilline Premarin (oestrogeen hormoon te kort aanvullen) Nee Ja

Heeft u nu of in de verleden last gehad van:

*WANNEER U ÉÉN VAN DE ONDERSTAANDE VRAGEN MET JA HEEFT BEANTWOORD, DIENT U MET UW HUISARTS TE OVERLEGGEN.

Huidkanker en/ leukemie Nee Ja

Pacemaker of inwendige defibrillator Nee Ja

Geen van bovenstaande Nee Ja

Bent u korter dan 2 weken geleden in de zon of onder de zonnebank geweest? Nee Ja

Heeft u een actieve koortslip infectie op dit moment? Nee Ja

*INDIEN JA, DAN DIENT U NA HET GENEZEN NOG 3 WEKEN TE WACHTEN

Heeft u metalen in of onder de huid waar u behandeld wilt worden, bijv. piercings? Nee Ja

*INDIEN JA, DAN DIENEN DEZE TIJDELIJK UITGEDAAN TE WORDEN BIJ DE BEHANDELING

Heeft u tatoeages? Nee Ja

*DEZE KUNNEN VERVAGEN, WEDEROM WORDEN DEZE PLAATSEN NIET BEHANDELD

Heeft u gordelroos (blaasjes en jeuk) rond de taille? Nee Ja

*INDIEN JA, DIENT U TE OVERLEGGEN MET UW HUISARTS



Als ik een lange tijd niet in de zon ben geweest, dan verbrandt mijn huid (s.v.p. aankruisen)

- Altijd en blijft bleek
- Altijd en wordt een beetje bruin
- Soms en wordt makkelijk bruin
- Nooit en wordt makkelijk bruin
- Zuid Europees type en ziet nooit bleek
- Nooit zeer donkere huid

Basisvoorwaarden

-Ik weet dat ik de behandelen zone 1 dag van tevoren moet scheren.

-Ik ben op de hoogte van de aard, doel en de te verwachten resultaten van de voorgenomen behandeling.

-Ik weet dat er mogelijke complicaties kunnen optreden en bij het vermoeden ervan neem ik contact op.

-Ik begrijp dat er geen garanties kunnen worden gegeven over het resultaat van de behandeling.

-Ik moet mijn afspraak minimaal 48 uur van tevoren moet afzeggen/verplaatsen.

Let op! Bij niet tijdig afzeggen wordt mij 50% van de behandeling in rekening gebracht.

- Ik heb de bovenstaande informatie en verklaring alsmede het klantadvies zowel mondeling als schriftelijk besproken en begrepen en ik ga hiermee akkoord.**
- Ik wil de behandeling met de Diode Ice Laser uit vrije wil ondergaan en neem hiervoor mijn eigen verantwoordelijkheid.**

Handtekening:

Ik geef toestemming voor het delen van mijn foto's op social media.

Nee Ja