

MICRONEEDLING

Intake en toestemmingsformulier

De door u verstrekte informatie wordt door onze specialisten gebruikt om u de juiste behandeling(en) te geven en producten te adviseren, aangepast op uw huidconditie en contra-indicaties. Deze informatie is alleen bedoeld voor mij of het personeel en te allen tijde voor u toegankelijk.

Naam: _____
Adres en postcode: _____
Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
E-mail: _____
Telefoon: _____

Contra-indicaties MICRONEEDLING:

• Is er sprake van een geïrriteerde huid?	Ja	Nee
• Is er sprake van een schimmelinfectie?	Ja	Nee
• Is er sprake van een huidinfectie?	Ja	Nee
• Heeft u (snel) last van virale infecties, zoals een koortslip?	Ja	Nee
• Heeft u last van abnormale littekenvorming?	Ja	Nee
• Heeft u kanker of gebruikt u kankermedicatie?	Ja	Nee
• Heeft u huidkanker of ooit huidkanker gehad?	Ja	Nee
• Is er sprake van een schrale, dunne huid of open wondjes?	Ja	Nee
• Heeft u last van psoriasis? (i.v.m. Koebner syndroom)	Ja	Nee
• Is er sprake van actinische keratose?	Ja	Nee
• Heeft u last van bloedstollingsproblemen?	Ja	Nee
• Heeft u diabetes?	Ja	Nee
• Heeft u permanente fillers?	Ja	Nee
• Heeft u kanker of gebruikt u kankermedicatie?	Ja	Nee
• Gebruikt u immuunsysteem onderdrukkende medicijnen?*	Ja	Nee
• Bent u besmet met het HIV-virus?	Ja	Nee

* Bij het gebruik van immuunsysteem onderdrukkende medicijnen vraagt u om schriftelijk akkoord van de behandelend arts of huisarts.

Tijdelijke contra-indicaties

• Botox behandeling korter dan 14 dagen geleden	Ja	Nee
• Niet-permanente fillers korter dan 14 dagen geleden*	Ja	Nee
• Harsen of waxen korter dan 14 dagen geleden	Ja	Nee

* Bij niet-permanente fillers wordt een behandeling met een naaldlengte langer dan 0,3 mm afgeraden. Het gebied rondom de filler(s) kan wel behandeld worden.

Zwangerschap/lactatie

Hoewel zwangerschap of lactatie geen contra-indicatie is voor de Microneedling behandeling, kan het lichaam in deze periode anders reageren dan verwacht. Wees hierop alert. Er is ook een verhoogd risico op hyperpigmentatie.

In deze periode mag de Retinol Microneedling Gel **niet** gebruikt worden.

Toestemmingsverklaring

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

Ik ben er op 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.

Ik heb bovenstaande informatie plus de verklaring alsmede het klantadvies mondeling ontvangen en begrepen en ga hiermee akkoord.

Ik wil de behandeling uit vrije wil ondergaan en neem hiervoor mijn eigen verantwoordelijkheid.

Indien jonger dan 18 jaar, dient er door een wettelijke vertegenwoordiger ondertekent te worden.

Datum:

Handtekening:

Lokale contra-indicaties

• Is er sprake van eczeem?	Ja	Nee
• Is er sprake van actieve rosacea?	Ja	Nee
• Is er sprake van actieve acne?	Ja	Nee
• Zijn er verheven wratten of moedervlekken?	Ja	Nee
• Heeft u permanente make-up?*	Ja	Nee

* Na meerdere behandelingen kan het pigment van de geplaatste permanente make-up lichter worden en vervagen.

Pas op met plaatselijke contra-indicaties. In gevallen waarin er veel lokale contra-indicaties zijn of wanneer er niet goed om de contra-indicaties heen gewerkt kan worden, dient de behandeling niet uitgevoerd te worden.