

## Anamnese en huidanalyse

Datum: ..... / ..... / .....

Naam: .....

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Geboortedatum: .....

E-mail adres: .....

Telefoon: .....

Naam + telefoon .....

bij geval van nood: .....

### Algemene vragen:

Heeft u al eerder een (schoonheids-) behandeling ondergaan? Ja / Nee

Zo ja, waren er bijzonderheden? Ja / Nee

Toelichting bijzonderheden:  
.....  
.....

Welke verzorgingsproducten gebruikt u op het moment?  
.....  
.....  
.....

### Medische achtergrond

Heeft u allergieën voor:

- Verf Ja / Nee
- Latex Ja / Nee
- Alcohol Ja / Nee
- Jodium Ja / Nee
- Nikkel Ja / Nee
- Watten Ja / Nee
- Hooikoorts Ja / Nee
- Anders, namelijk: ..... Ja / Nee

Bent u onlangs geopereerd? Ja / Nee

Bent u zwanger of onlangs bevallen of geeft u borstvoeding? Ja / Nee

- Bent u Diabeet? Ja / Nee
- Heeft u last van het Herpesvirus (of Gordelroos) ergens op uw lichaam? Ja / Nee
- Heeft u een cosmetische ingreep ondergaan?  
 Zo ja, wanneer en wat? ..... Ja / Nee
- Rookt u? Ja / Nee
- Heeft u Psoriasis of Eczeem?  
 Zo ja, waar op het lichaam? ..... Ja / Nee
- Bent u onder behandeling geweest, of heeft u in het verleden een chemokuur gehad? Ja / Nee
- Heeft u een hormoonkuur of andere medicatie voor de behandeling van kanker? Ja / Nee
- Heeft u Vitiligo? Ja / Nee

**Gebruikt u een van de onderstaande medicatie?**

- Bloedverdunners Ja / Nee
- Hoge bloeddruk medicatie Ja / Nee
- Acne medicatie Ja / Nee
- Prednison Ja / Nee
- Thyrax (schilkklier) Ja / Nee
- Antibiotica Ja / Nee
- Hormonen Ja / Nee
- Morfine opiaten Ja / Nee
- Antidepressiva Ja / Nee
- Medicatie hartproblemen Ja / Nee
- Anders, namelijk: ..... Ja / Nee

Heeft u zonnebrand/ inflammatoire opgelopen? Ja / Nee

**Huiddiagnose**

Huidtype

- |  |                              |                                |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal        | <input type="checkbox"/> Vet | <input type="checkbox"/> Droog |
| <input type="checkbox"/> Gecombineerd: | Neus: .....                  | Wangen: .....                  |
|  | Kin: .....                   | Voorhoofd: .....               |

Vochtgehalte

- |                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Algeheel vochtarm | <input type="checkbox"/> Plaatselijk vochtarm |
|----------------------------------|--|---|

Bloedcirculatie

- |                                |                                  |                                       |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Traag | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Hoog/stuwend |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|

Spierspanning

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Algeheel verslapt | <input type="checkbox"/> Plaatselijk verslapt | <input type="checkbox"/> Goed |
|--|---|-------------------------------|

Gevoeligheid

- Normaal                       Gevoelig                       Overgevoelig
- Bloedvatafwijkingen  
Toelichting: .....
- Comedonen/ verstopte poriën  
Plaats: .....
- Milia  
Plaats: .....

UV gevoeligheid

- Huidtype 1 – Verbrand altijd, bruint niet
- Huidtype 2 – Verbrand meestal, bruint een beetje
- Huidtype 3 – Verbrand soms, bruint
- Huidtype 4 – Verbrand soms, bruint snel
- Huidtype 5 – Verbrand niet, is reeds getint

Is de behandeling duidelijk voor u? Ja / Nee

Zijn er nog bijzonderheden die invloed kunnen hebben op de behandeling? Ja / Nee

Zo ja, welke? .....

.....

**Overige opmerkingen**

.....

.....

.....

.....

.....

**Ondertekende is van mening dat hij/zij antwoord heeft gekregen op alle vragen, die naar aanleiding van de voorgenomen behandeling naar voren zijn gekomen.**

**Ondertekende verklaart alle vragen naar waarheid beantwoord te hebben en alle relevante informatie m.b.t. gezondheid en huidgevoeligheid te hebben gegeven.**

**Ondertekende verklaart, na het lezen van bovenstaande en op basis van alle verkregen informatie, tot een weloverwogen besluit te zijn gekomen om een behandeling te willen ondergaan.**

Handtekening / datum

.....