

Toestemmingsformulier Permanent make-up (PMU)

Klantnaam:

Verklaart hierbij het volgende:

(omcirkelen wat van toepassing is)



Bepaal a.u.b. uw huidtype met onderstaande schaal:		Heeft u ooit.... (omcirkelen wat van toepassing is) ?
--	--	---

Verbrand altijd, nooit bruinend	Type I	Accutane	Laser Resurfacing	Zonverbranding
Verbrand meestal, bruint minder dan gemiddeld met moeite	Type II	Retina-verbranding	Liposuctie	Pulsed Dye Laser
Soms lichtelijk verbrand, gemiddeld bruinend	Type III	Chemische Peeling	Photoderm	Huidtransplantaties
Verbrand zelden, bruinen bovengemiddeld.	Type IV	Glycolzuur	Intens licht	

Heeft u ooit eerder een behandeling gehad voor "haarverwijdering"?	Ja / nee	Op een van onderstaande gebieden ?
--	----------	------------------------------------

Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanent make-up behandeling	Ja / nee	Voorhoofd	Lippen	Onderarm
Ik weet dat er risico's op infectie en andere complicaties kunnen zijn na het zetten van PMU	Ja / nee	Wenkbrauwen	Kin	Schouders
Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanent make-up behandeling te laten zetten	Ja / nee	Oogleden	Nek (haarlijn)	Armen
Ik ben tijdens deze behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs	Ja / nee	Bovenlip (gebied)	Wangen	Handen / vingers
Ik weet dat het wordt afgeraden om permanent make-up te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt.	Ja / nee	Borsten	Borstkas	Bulk
Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanent make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties	Ja / nee	Rug	Bikini lijn	Been
Ik weet dat gebruik van eyeliner, oog make-up, oog make-up / make-up welke siliconen bevatten, kunstwimpers, wimper serum, foundation, dagcrème ervoor kunnen zorgen dat de permanente make-up niet goed blijft zitten.	Ja / nee			

Medische Gesch.		Bent u op het moment?
Medicijnname op het moment	Ja / nee	Lijdend aan hormonale instabiliteit
Allergieën voor medicijnen	Ja / nee	Zwanger
Eventuele eerdere operatie	Ja / nee	Neemt u hormonale supplementen
Bij ja, bij een eventuele operatie, datum?:		Neemt u anticonceptiemiddelen (bijv. anticonceptiepil)

Bent u op het moment?	
In menopauze	Ja / nee
Na de menopauze	Ja / nee
Reguliere Menstruatiecyclus	Ja / nee

Heeft u een of meerdere van de onderstaande punten?

Acne	Ja / nee
Koortsblaasjes	Ja / nee
Contactlenzen	Ja / nee
Dermatites / Eczeem	Ja / nee
Diabetes	Ja / nee
Genitale Herpes	Ja / nee
Latex Allergie	Ja / nee
Tatoeages	Ja / nee
Gordelroos	Ja / nee
Gehoorapparaat	Ja / nee
Hart aandoening	Ja / nee
Hemofilie	Ja / nee
Hepatitis	Ja / nee
HIV	Ja / nee
Keloidlittekens	Ja / nee
Heeft u metaal in uw lichaam	Ja / nee
Moedervlek	Ja / nee
Pacemaker	Ja / nee
Bloedingsstoornis	Ja / nee
Probleem met helen	Ja / nee

Verklaring & toestemming

U heeft het recht om geïnformeerd te worden zodat u een keuze kan maken of uw wel of niet de behandeling wilt ondergaan, nadat u de risico's en gevaren kent die hierbij komen kijken. Deze verklaring is niet bedoeld om u angstig te maken. Echter is het simpelweg een poging u beter te informeren

Klant verklaring

Lees a.u.b onderstaande verklaringen en parafeer om aan te geven dat u de gestelde verklaringen volledig begrijpt.

----- Het resultaat van de permanente make up /camouflage / correctie behandeling is niet gegarandeerd of verzekerd

----- Medicatie kan van invloed zijn op de pigmentatie.

----- Er kan een risico en gevaar zijn aan de uitvoering van de behandeling die voor mij gepland staat

----- Ik realiseer me dat er potentieel ongemak kan zijn tijdens de behandeling en tijdens het helingsproces

----- Er is een mogelijkheid tot bloeding, zwelling of een allergische reactie door het pigment

----- Permanente Make Up wordt gezien als permanent, echter kan het na enige tijd vervagen

----- Permanente Make Up kan alleen worden verwijderd door middel van Tattoo Remoov door een gespecialiseerd bedrijf

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Email: _____

Geboortedatum: _____

Nummer legitimatiebewijs klant: _____

(Wanneer jonger dan 18 jaar)

Naam wettige vertegenwoordiger: _____

Nummer legitimatiebewijs wettige vertegenwoordiger: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

(Wanneer jonger dan 16 jaar, handtekening van wettige vertegenwoordiger)

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en wordt alleen getoond aan de toezichthouder van de GGD en de NVWA



Toestemmingsformulier voor het gebruik van foto's

Ik geef toestemming voor het weergeven en gebruiken van mijn foto's (zonder cliënt naam). Mijn foto's mogen gebruikt worden ter promotie, voor leerdoeleinden, op websites, social media en advertenties.

Dit toestemmingsformulier, zoals hierboven beschreven, heeft een doorlopende duur totdat de cliënt schriftelijk de toestemming opzegt

Behandelend specialist: Yvonne Righart van Gelder

Ik geef hierbij toestemming om mijn foto's te gebruiken:

Wenkbrauwen: Ja/Nee

Eyliner: Ja/Nee

Geen toestemming, alleen voor intern gebruik: _____ [initialen]

Cliënt: _____

Datum: _____

handtekening: _____

