

INTAKEFORMULIER LASER

Persoonlijke gegevens

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Emailadres: _____

Algemene informatie voor de behandeling

Heeft u onlangs een cosmetische huidbehandeling ondergaan? Ja / Nee

Heeft u onlangs cosmetische chirurgie ondergaan? Ja / Nee

Heeft u onlangs een chemische (fruitzuur)peeling ondergaan? Ja / Nee

Heeft u of had u een behandeling ondergaan voor acne? Ja / Nee

Heeft u tatoeages? Ja / Nee

Bent u onlangs in de zon/zonnebank geweest en/of zelfbruiners gebruikt? Ja / Nee

Wat is uw natuurlijke (eigen) haarkleur?

Wat is uw huidreactie na onbeschermd zonneplicht in de zomer?

INTAKEFORMULIER LASER

Anamnese

Is er sprake van:

Hartcondities Ja / Nee

Diabetes Ja / Nee

HIV/AIDS Ja / Nee

Auto-immuun aandoeningen Ja / Nee

Kanker (of in voorgeschiedenis) Ja / Nee

Hepatitis Ja / Nee

Tuberculose Ja / Nee

Bloeddruk (hoog/laag) Ja / Nee

Is er sprake van metabole stoornissen of orgaanproblemen? Ja / Nee

Heeft u onlangs pijnstillers gebruikt? Ja / Nee

Gebruikt u anticonceptiva? Ja / Nee

Bent u zwanger of geeft u borstvoeding? Ja / Nee

Is er sprake van allergische reacties op topicale crèmes, medicatie o.i.d.? Ja / Nee

Gebruikt u momenteel huidverzorgende producten of medicatie? Ja / Nee

Is er sprake van een huidaandoening? Ja / Nee

Is er sprake van een veranderende huid in het gebied van behandeling? Ja / Nee

Heeft u een pacemaker of defibrillator of andere prothesen? Ja / Nee

Bent u bekend met keloidvorming? Ja / Nee

Rookt u? Ja / Nee

Is er sprake van een verhoogde bloeding tendens en/of snelle ontwikkeling hemangioom? Ja / Nee

**INTAKEFORMULIER
LASER**

Bent u overgevoelig voor licht en/of bent u bekend met lichtallergie? Ja / Nee

Is er sprake van spataderen, trombose of zwelling van de voeten? Ja / Nee

Heeft u frequent last van infectie? Ja / Nee

Voor akkoord:

Naam cliënt: _____

Datum: _____

Handtekening cliënt: _____