

# Bebeautyline

Toestemmingsformulier IQ Remover / Laserbehandeling PMU / Tattoo

Ondergetekende, (volledige naam) \_\_\_\_\_ Verklaart hierbij het volgende:

- De keuze van de behandeling heb ik uit vrije wil genomen.
- Voor en tijdens de behandeling ben ik niet onder invloed van alcohol en drugs.
- Ik ben geïnformeerd over de risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het niet / niet juist opvolgen van de nazorginstructies, zoals infecties, litteken vorming en allergische reacties.
- Ik heb op dit moment geen verkleuring, zwelling, bulten of enige andere vorm van irritatie Op mijn lichaam en beschouw mijzelf gezond genoeg om te behandeling uit te laten voeren.
- Ik gebruik op dit moment geen antistollingsmiddelen.
- Indien u bij een dermatoloog onder behandeling bent, raadpleeg deze dan alvorens u besluit de behandeling uit te laten voeren.
- Heeft u op het te behandelen gebied weleens pmu laten verwijderen, een operatie ondergaan?

**Naar waarheid in te vullen door de cliënt**

## Contra-indicaties

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

Hemofilie	wel	niet
Chronische huidziekten	wel	niet
Contactallergie	wel	niet
Diabetes	wel	niet
Immuunstoornis	wel	niet

Hart en vaatafwijkingen	wel	niet
Herpes zoster in het gelaat	wel	niet
Ichthyose	wel	niet
Melanomen (huidkanker)	wel	niet
Keloïd	wel	niet

**Omstandigheden die het resultaat van de pigmenten kunnen beïnvloeden:**

Ik heb hartproblemen	ja	nee
Ik heb een verstoorde wondgenezing	ja	nee
Ik ben onder behandeling voor kanker	ja	nee
Ik heb psoriasis (ooit gehad)	ja	nee
Ik heb een hoge bloeddruk	ja	nee

Ik gebruik bloedverdunners	ja	nee
Ik heb hepatitis of HIV	ja	nee
Ik ben zwanger	ja	nee
Ik heb hyperventilatie	ja	nee

**Bij laserbehandeling en IQ remover:**

Ik heb last van eczeem	ja	nee
Ik gebruik roaccutane (< 6 maanden)	ja	nee
Ik ben zwanger / borstvoeding	ja	nee
Ik onderga chemokuur behandelingen	ja	nee
Ik lijd aan eczeem	ja	nee
Ik heb een wijnvlek	ja	nee
Ik heb HIV	ja	nee
Ik heb een pacemaker	ja	nee

Ik gebruik corticosteroiden	ja	nee
Ik lijd aan lupus	ja	nee
Ik lijd aan herpes zoster in het gelaat	ja	nee
Ik lijd aan ichthyose	ja	nee
Ik lijd aan ehler danlos	ja	nee
Ik heb een keloïd	ja	nee
Ik heb hepatitis	ja	nee

**Overige notificaties:**

Ik ben bloeddonor                      ja                      nee

Ik ben allergisch voor \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_