

Naam

Datum

Verklaart hierbij het volgende:

- ✓ De keuze om permanente make-up te laten zetten heb ik weloverwogen en uit vrije wil genomen
Voor en tijdens de behandeling was ik niet onder invloed van alcohol en/of drugs
- ✓ Ik ben geïnformeerd over de risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het zetten van de tatoeage, zoals infecties, littekenvorming en allergische reacties
- ✓ Ik heb op dit moment geen verkleuringen, zwellingen, bulten of enige andere vorm van irritatie op het behandelgebied en beschouw mezelf gezond genoeg om permanente make-up te laten zetten.
- ✓ Ik gebruik op dit moment geen antistollingsmiddelen (bloedverdunners)
- ✓ Ik ben ervan op de hoogte dat de pigment uitstoot tijdens het genezingsproces per huid/persoon kan verschillen, waardoor er eventueel extra behandeling(en) nodig is/zijn, en er voor deze extra behandelingen kosten in rekening worden gebracht
- ✓ Ik ben op de hoogte van het feit dat het zwangeren wordt afgeraden om permanente make-up te laten aanbrengen
- ✓ Ik ben ervan op de hoogte dat er een risico (kan is nihil) bestaat dat het pigment niet door de huid wordt geaccepteerd waardoor het afgestoten wordt
- ✓ Ik stem ermee dat foto's die voor/tijdens/na de behandelingen genomen worden, gebruikt mogen worden voor promotiedoeleinden en op het internet getoond kunnen worden. (De foto's worden zodanig bewerkt dat er maar een gedeelte, de wenkbrauwen en de ogen, zichtbaar is op de foto)
- ⚠ Indien de permanente make-up dient ter camouflage van een bestraling- of operatie litteken bespreek dit dan eerst met de arts door wie u bent behandeld of door wie u wordt gecontroleerd
- ⚠ Indien u bij een dermatoloog onder behandeling bent, raadpleeg deze dan alvorens u besluit permanente make-up te laten zetten.

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

doorhalen wat niet van toepassing is

Hemofilie (bloedstollingsproblemen)	wel / niet
Chronische huidziekten (psoriasis e.d.)	wel / niet
Contactallergie (overgevoeligheid)	wel / niet
Diabetes (suikerziekte)	wel / niet
Immuunstoornis (afweerstoornis)	wel / niet
Hart- en vaat afwijkingen	wel / niet

Ik weet dat een PMU sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag een of meerdere keren "ja" heb ingevuld

wel / niet / n.v.t.

Gebruikt u antidepressiva? (koude heling)	wel / niet
Gebruikt u antibiotica?	wel / niet
Gebruikt u corticosteroïden?	wel / niet
Gebruikt u veel aspirine of pijnstillers?	wel / niet
Bent in de afgelopen 4 weken onder de zonnebank geweest?	wel / niet
Rookt u? (koude heling)	wel / niet
Heeft u het afgelopen half jaar gebruikt gemaakt van wimperserum?	wel / niet
Heeft u wel eens last gehad van Herpes Simplex?	wel / niet
Heeft u ooit last gehad van eczeem/psoriasis?	wel / niet
Heeft u de afgelopen 4 weken u wenkbrauwen laten verven?	wel / niet
Gebruikt u Roaccutane of retine-A?	wel / niet
Gebruikt u medicijnen?	wel / niet

Zo ja, welke en waarvoor:

Naam	Geboortedatum
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>

Adres	Woonplaats
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>

Handtekening	Datum
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>

(Indien jonger dan 16 jaar, handtekening wettige vertegenwoordiger)

Naam wettige vertegenwoordiger	Documentnummer wettige vertegenwoordiger
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>

Handtekening wettige vertegenwoordiger

DE CLIENT ONTVANGT EEN KOPIE VAN DIT TOESTEMMINGSFORMULIER

Dit toestemmingsformulier kan bij een inspectie door de toezichthouder van de GGD worden ingezien.

**** Dit toestemmingsformulier is naar waarheid ingevuld. Client kan Vital huid en voetverzorging niet aansprakelijk stellen ****