

TOESTEMMINGSFORMULIER

- TATTOOS
- PERMANENTE MAKE-UP
- LASEREN



Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode : Woonplaats:

Telefoonnummer : Mobiel telefoonnummer:

E-mailadres :

Ik verklaar dat ik:

- o voor en tijdens de behandeling niet onder invloed ben van alcohol, drugs en/of medicijnen.
- o op dit moment geen verkleuring, zwelling of enige andere vorm van irritatie op mijn lichaam heb en dat ik mijzelf gezond genoeg acht om deze permanente make-up (PMU), tattoo- of laserbehandeling te ondergaan.
- o op mijn verzoek uitleg heb gekregen waarom de specialiste bepaalde vragen moet stellen over mijn (medische) gegevens.
- o beseft dat de vragen over medische gegevens altijd betrekking hebben op de behandeling die ik onderga.
- o indien er wijzigingen in mijn medische gegevens zijn, ik deze dan door moet geven aan de specialiste.
- o heb begrepen dat al mijn verstrekte gegevens vertrouwelijk worden behandeld en opgeborgen. Zo wordt mijn privacy beschermd. Mijn rechten zijn mondeling uitgelegd voor wat betreft de AVG-wet en het formulier privacyverklaring van Apartlines heb ik in kunnen zien.
- o ik toestemming geef voor het maken van digitale foto's tijdens de intake of behandeling, deze zijn nodig voor mijn klantdossier en zullen nooit zonder mijn toestemming worden verstrekt aan derden.
- o ik toestemming geef om de digitale foto's te gebruiken op websites en/of social media van Apartlines
 - o ik moet echter onherkenbaar zijn
 - o ik mag herkenbaar zijn

Ik ben geïnformeerd over het feit dat:

- a. er als gevolg van een PMU-behandeling infecties kunnen ontstaan door **ONVOLDOENDE** of **ONJUISTE** hygiëne na de behandeling
- b. permanente make-up een paar jaar blijft zitten (soms altijd).
- c. Een tattoo definitief resultaat in de huid geeft
- d. er heel soms allergieën kunnen voorkomen

Lichamelijke gezondheid:

Ik lijd aan:

- | | |
|---|------------|
| 1. Diabetes (suikerziekte) | wel / niet |
| Glaucoom/Staar/Retinopathie | wel / niet |
| 2. Psoriasis | wel / niet |
| 3. Eczeem | wel / niet |
| 4. Hemofilie (eerst overleg huisarts) | wel / niet |
| 5. Immuunstoornis | wel / niet |
| Alopecia Areata / Vitiligo / Lupus / ziekte van Crohn | wel / niet |
| 6. Allergieën (latex – lidocaïne – metalen) | wel / niet |
| 7. Hepatitis of HIV | wel / niet |
| 8. Hart- of vaatziekte | wel / niet |
| 9. Verstoorde wondgenezing (o.a. keloïd) | wel / niet |
| 10. Ik heb ooit koortsuitslag gehad op mijn lippen | wel / niet |
| 11. Andere ziekte/aandoening? | |
-

Medicijnen:

- | | |
|---|------------|
| 12. Ik gebruik op dit moment: | |
| Antistollingsmiddelen (bloedverdunners) | wel / niet |
| Bloeddrukverlagende medicijnen | wel / niet |
| 13. Ik gebruik op dit moment Roaccutane/Isotretinoïne | wel / niet |
| Huidverzorgingsproducten met Vitamine A | wel / niet |
| 14. Ik slik medicijnen? Zo ja, welke? | wel / niet |
-

Diversen:

- | | |
|--|------------|
| 15. Heeft u fillers in uw gezicht? Zo ja, welke soort? | wel / niet |
| | |
| 16. Ik onderga binnenkort een plastisch chirurgische ingreep | wel / niet |
| 17. Ik ben zwanger / kan zwanger zijn | wel / niet |
| 18. Ik gebruik wimperserum of vloeibare eyeliner | wel / niet |
| 19. Mijn originele haarkleur is: | |

* Het aanbrengen van permanente make-up of een tattoo kan worden afgeraden als bij de vragen één of meerdere keren 'wel' van toepassing is.

* In geval van camouflage van een bestralings- of operatielitteken of als u onder behandeling bent van een dermatoloog, dient u eerst uw behandelend arts te raadplegen alvorens u besluit permanente make-up te laten aanbrengen.

Ik krijg een nazorgformulier mee waarop het volgende vermeld staat: de gemiddelde geneestijd, hoe de gepigmenteerde huid het beste te behandelen is, informatie over de risico's van PMU – Tattoos - Laseren en hoeveel behandelingen er nodig zijn. De nabehandelingen dienen **binnen 6 weken** plaats te vinden. De volgende Laserbehandeling na 6 tot 8 weken wordt uitgevoerd.

De prijs voor de behandeling is vooraf besproken met de specialist, deze is voor mij €

Ik heb alle vragen naar waarheid beantwoord. Mij is duidelijk gemaakt dat het niet juist of onvolledig beantwoorden van de vragen en het niet naleven van de voorwaarden een nadelige invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.
Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en wordt alleen getoond aan de toezichhouders van de GGD en de NVWA.

Handtekening* : Datum :

*Bij klanten tussen de 16 en 18 jaar is een handtekening van wettelijk vertegenwoordiger verplicht.

Naam wettige vertegenwoordiger :

Handtekening* : Datum :