



BROWS & LASHES

— Suzan de Vlam —

Toestemmingsformulier

(Gelieve dit formulier ingevuld en ondertekend meenemen naar uw afspraak)

Ondergetekende,

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Geboortedatum:

(in te vullen door Suzan de Vlam)

Pigmentkleur:

Batchnummer:

De prijs is voor 1 behandeling inclusief een nabehandeling binnen 12 weken

Er is vrijwel altijd een nabehandeling nodig.

Verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanente make-up.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van permanente make-up.
- Ik geef tijdens de behandeling akkoord voor het getekende model van beiden wenkbrauwen.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van materiaal voor PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Ik heb schriftelijke instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU.
- Ik vind mijzelf gezond genoeg om deze permanente make-up te laten zetten.
- Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs.
- Ik weet dat het wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt.
- Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatie litteken:

Ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst met mijn behandelde arts te bespreken.

- Ja
- Nee
- n.v.t

Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:

Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat deze permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid.

- Ja
- Nee
- n.v.t

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van (kleur in wat van toepassing is)

Hemofilie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Hepatitis B	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische huidziekte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Contactallergie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Diabetes 1-2	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Immuunstoornis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Hart en vaatafwijkingen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U bent onder doktersbehandeling	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U gebruikt medicatie (bloedverdunners, bij gebruik antibiotica bij twijfel navraag bij huisarts)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U heeft ooit last gehad van een koortslip	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U bent allergisch	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U heeft Keloïd-littekens	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U bent allergisch voor tandartsverdooving	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
U bent zwanger	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Ik weet dat een permanent make-up behandeling sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vragen Een of meerdere keren 'ja' heb omcirkeld	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> n.v.t
Mag de foto van het eindresultaat op social media worden gedeeld?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Ik heb de volgende schriftelijke informatie van Suzan de Vlam ontvangen:

- 1) Informatie over de risico's van cosmetische tatoeages en permanente make-up.
- 2) Nazorginstructies.

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld volgens de voorwaarden die hieraan gesteld in de algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Handtekening:

Datum:

.....

.....