

De Wilde Orchidee

U bent in goede handen

Intakeformulier

Beste klant, voordat wij tot de behandeling overgaan, vragen wij u zorgvuldig het intakeformulier in te vullen. Zo kunnen wij samen risico's voorzien en kunnen wij uw huid veilig behandelen.

GEZONHEID

Ik heb allergisch/overgevoelig voor bepaalde stoffen, nee/ja _____

Ik heb onregelmatigheden in structuur of pigment, zoals pigmentvlekken of verheven moedervlekken of wratten, op de plaatsen waar u behandeld wenst te worden, nee/ja

Ik gebruikt u medicatie tegen acne, nee/ ja _____
(bijvoorbeeld Retin-A, Differin of Accutane)

Ik ben behandeld met huid verbeteringsmedicijnen of medicijnen die de gevoeligheid van de huid beïnvloeden, nee/ ja _____

Ik heb u een geïrriteerde, ontstoken of zeer gevoelige huid op de plaatsen waar ik behandeld wil worden, nee/ja

Ik lijd/heb geleden aan 1 of meer van volgende ziektebeelden en gebruik ik er medicijnen voo:

- Kanker of huidtumoren (nee/ja)
- Infectieziekten of ontstekingen(nee/ja)
- (auto)Immuunziekten, zoals verminderd immuunsysteem(nee/ja)
- Allergieën, zoals lichtovergevoeligheid of histamine(nee/ja)
- Endocrinologische ziekten zoals diabetes (nee/ja)
- Hartproblemen (nee/ja)
- Hoge bloeddruk(nee/ja)
- Huid- en of geslachtsziekten(nee/ja)
- Trombose (nee/ja)
- Couperose/rosacea/ eczeem/ psoriasis (nee/ja)
- Ziekten van het zenuwstelsel, zoals epilepsie, nee/ja _____

Ik lijd/heb geleden aan een andere dan eerdergenoemde aandoening/ziekte, nee/ja

Ik gebruik/heb gebruikt er medicijnen voor, nee/ja _____

HUIDVERZORGING

Ik gebruik dagelijks:

Reiniging, nee/ja _____

Dagcrème, nee/ja _____

Nachtcrème, nee/ja _____

Oogcrème, nee/ja _____

Serum, nee/ja _____

Peeling/ Scrub, nee/ja _____

Zonnebescherming (SPF), nee/ja _____

BEHANDELING

Ik heb eerder volgende behandelingen ondergaan:

mechanische peeling/ hardware / laserpeeling / cryotherapie/ chemische peeling / IPL /
laserbehandeling / harsen / microneedling / Anders, nl: _____

Het te behandelen lichaamsdeel/delen: _____

Ik verwacht u van de behandeling _____

Ik stem in, het verloop van de behandeling te volgen, foto's gemaakt worden. Nee/ja

ALGEMEEN

Ik heb u een (zon)verbrande huid op de plaatsen waar u behandeld wil worden, nee/ja

Ik ben afgelopen 2 weken op vakantie naar de zon geweest, nee/ja

Ik ga binnen 2 weken op vakantie naar de zon, nee/ja

Ik word regelmatig blootgesteld aan zonlicht, zonnebank of ik gebruik regelmatig
bruiningsproducten, nee/ja

CONTRA INDICATIES

Ik heb actieve herpesinfectie/bacteriële infectie, nee/ja

Ik kan zon niet vermijden, nee/ja

Ik gebruik immunosuppressiva, nee/ja

Ik ben zwanger, nee/ja

Ik geef borstvoeding, nee/ja

Ik ben onder behandeling bij een onvruchtbaarheidsinstituut, nee/ja

Ik heb/gehad (huid) kanker, nee/ja

Ik heb last van vorming van hypertrofisch en/of keloïdale littekens, nee/ja

Ik heb recent een blefaroplastiek operatie gehad, nee/ja

Heeft u voldoende informatie gekregen betreft het procedure, duur, kosten? Nee/ja

Ik ben schriftelijk geïnformeerd over complicaties als gevolg van peeling, nee/ja

Ik wil meer informatie krijgen betreft _____

Hierbij verleen ik aan De Wilde Orchidee de toestemming om behandeling uit te voeren.

*Voornaam en achternaam: _____

*Geboortedatum: ___/___/_____

*Adres: _____

*Postcode: _____

*Woonplaats: _____

*Email adres: _____

*Telefoon: +_____

*Datum: ___/___/_____

*Handtekening:

*verplicht in te vullen.

NB: Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en wordt alleen getoond aan de
toezichthouders van de GGD en de NVWA.