

De Wilde Orchidee
U bent in goede handen

Intakeformulier

VRAGEN BETREFT GEZONDHEID

Eerdere behandelmethode:

Epileren/ Harsen / Scheren / Epileerapparaat (bv Epilady) / Elektrisch ontharen / Laser /
IPL /Ultrasound / Anders, nl:

Het te behandelen lichaamsdeel/delen: _____

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

Ik ben schriftelijk geïnformeerd (**zie bijlage**) over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van elektrisch epileren, 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 er recent nieuw littekenweefsel op de plaatsen waar ik behandeld wil worden, nee/ja

Ik heb spataderen of een aderontsteking (flebitis), nee/ja

Ik heb snij-of schaafwonden of open wonden op de plaatsen waar ik behandeld wil worden, nee/ja

Ik heb een bloed-of stollingsziekte? (bijvoorbeeld trombose), nee/ja

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

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

Ik lijdt/heb geleden aan 1 of meer van volgende ziektebeelden en gebruik ik er medicijnen voor, nee/ja:

- Aandoening aan de (bij)nieren
- Kanker of huidtumoren
- Infectieziekten of ontstekingen
- (auto)Immuunziekten, zoals verminderd immuunsysteem
- Hyper-of hypo functie van de schildklier

- Verstoorde hormoonhuishouding. (bv verlaagd oestrogeen en verhoogd androgeen gehalte)of andere hormonale problemen, zoals een verlaagd oestrogeen gehalte
- Allergieën, zoals lichtovergevoeligheid of histamine
- Endocrinologische ziekten zoals diabetes
- Hartziekten zoals een te hoge bloeddruk
- Huid- en of geslachtsziekten, zoals herpes, psoriasis of eczeem
- Hoge bloeddruk
- Diabetes
- Trombose/couperose
- 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

Ik heb laatste half jaar volgende medicijnen gebruikt:

- Anticonceptiepil, nee/ ja _____
- Antistollingsmiddelen, nee/ ja _____
- Vitaminepreparaten, nee/ ja _____
- Homeopathische middelen of kruidextracten (z.a. sint-janskruid of berenklauw), nee/ja _____

Ik heb een pacemaker, implantaat, prothesen, injectables of andere lichaamsvreemde onderdelen, nee/ja _____

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

Ik heb permanent make up of tattoo op de plekken die ik behandeld wil hebben, nee/ja

Ik laat krijg met regelmaat volgende behandelingen:

- Dermabrasie, nee/ja
- Waxen/harsen, nee/ja
- Peeling, nee/ja

CONTRA INDICATIES

Ik ben zwanger, nee/ja

Ik geef borstvoeding, nee/ja

Ik ben onder behandeling bij een onvruchtbaarheidsinstituut, nee/ja

Ik heb/gehad kanker, nee/ja

VRAGEN BETREFT BEHANDELING

Heeft u allang last van overbeharing? Nee/ja__ (maanden/jaren)

Weet u oorzaak van overbeharing? Nee/ja _____

Wat verwacht u van de behandeling? _____

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

Wat voor informatie wilt u nog ontvangen? _____

Stemt u in, het verloop van de behandeling te volgen, foto's gemaakt worden? Nee/ja

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.