

# TOESTEMMINGS FORMULIER

*Powder Brow*

Ondergetekende,

Voornaam: .....

Achternaam: .....

Adres: .....

Woonplaats: .....

Telefoon: .....

Emailadres: .....

Pigmentkleur: .....

De prijs is voor 1 behandeling incl. een nabehandeling binnen 6 - 8 weken

**Er is vrijwel altijd een nabehandeling nodig.**

## Verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb welverwogen 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 en heb kennis genomen d.m.v. foto's van het model en symmetrie van de wenkbrauwen alvorens er wordt gestart met de behandeling powder brows.
- 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

Geeft u alstublieft antwoord op de volgende vragen:

<b>Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken:</b> Ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst met mijn behandelend arts te bespreken.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> n.v.t.
<b>Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:</b> Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat deze permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> n.v.t.

Paraaf:

<p>Ik lijd wel/niet aan enige vorm van (omcirkel wat van toepassing is):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemofilie</li> <li>• Hepatitis B</li> <li>• Chronische huidziekte</li> <li>• Contactallergie</li> <li>• Diabetes 1 - 2</li> <li>• Immuunstoornis</li> <li>• Hart en vaatafwijkingen</li> <li>• U bent onder doktersbehandeling</li> <li>• U gebruikt medicatie (bloedverdunners, bij gebruik antibiotica bij twijfel navraag bij huisarts)</li> <li>• Ooit last gehad van een koortslip</li> <li>• U bent allergisch</li> <li>• U heeft keloïd-littekens</li> <li>• U bent allergisch voor tandartsverdoving</li> <li>• U bent zwanger + borstvoeding</li> </ul>	<p>wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet wel/niet</p>
<p>Ik weet dat een permanent make-up behandeling sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren 'ja' heb omcirkeld.</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> n.v.t.</p>

Ik heb de volgende schriftelijke informatie van de behandelaar ontvangen:

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

*Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld. Door ondertekening van dit formulier ben ik tevens akkoord met de algemene voorwaarden van Perfect Eyelash.*

Handtekening ..... Datum: .....

