

Dermapen Behandelintake- & Toestemmingsformulier

Cliënt gegevens: Datum:.....
Naam:..... Geboortedatum:.....
Adres:.....
Email adres:..... Telefoon:.....

Wat zijn de belangrijkste huidproblemen welke u behandelt wilt hebben?.....
.....

Heeft u belangrijke afspraken komende week? JA NEE

Heeft u allergieën? (bijv. nikkel, roestvrijstaal, latex, schelpdier, noten).....

Ervaart u op dit moment een van de volgende huidcondities?

- Papulopustular rosacea Sclerodermie Solar Keratosis Huidkanker
 Acne Vulgaris Bacteriële infectie Schimmel infectie Open wonden
 Herpes Simplex Wratten overige.....
 Auto-immuunziekte (bijv. vitiligo, lupus, ehler danlos, hashimoto)

Bent u momenteel onder behandeling voor een van de volgende aandoeningen?

- Hartproblemen Leverziekten HIV Kanker
 Auto-immuunstoornis Diabetes type I of II Hemofilie

Bent u op dit moment zwanger of geeft u borstvoeding? JA NEE

Neemt u momenteel (of in de laatste 3 maanden) een van de volgende medicaties / supplementen?

- Isotretinoïne (bijv Roaccutane, Accutane, Isotane) Anticonceptiepil
 Anticoagulantia / bloedverdunners (bijv Warfarin, aspirine) Visolie, plantaardige olie
 Foto-allergenen (anti-depressiva, anti-angstaanvallen, antibiotica) Ginseng, Ginko biloba, Sintjanskruid

*Bij twijfel of er een contra-indicatie aanwezig is, altijd toestemming vragen bij een arts

Heeft u een of meer van onderstaande behandelingen ondergaan in de laatste 3 maanden in het te behandelen gebied met de Dermapen?

- Plastische / cosmetische chirurgie Laser / IPL huidverjonging / ontharing
 Spierontspannende injecties (bijv. Botox of Dysport) Radiofrequentie (RF)
 Dermale fillers (bijv. Juviderm, Restylane, Radiesse) Foto dynamische therapie (PDT)
 Diepe chemische peeling Dermabrasie
 Tatoeage / permanente make-up

Heeft u een van onderstaande behandelingen ondergaan in de laatste 2 weken in het te behandelen gebied met de Dermapen?

- Microdermabrasie Spray / zelfbruiner
 Ontharing (epileren, harsen, ontharingscreme) Electrolyse / diathermie
 Chemische peeling (bijv glycolzuur, melkzuur, amandelzuur, salicylzuur)

Heeft u producten gebruikt die een van de volgende ingrediënten bevat in de afgelopen week?

- AHA of BHA (bijv glycolzuur, melkzuur of salicylzuur) Benzoyl peroxide / Adapeleen (Differin)
 Vitamine A (bijv retinol, retinaldehyde, tretinoïne) Hydrochinon / Kojiczuur / Azelainezuur

Toestemming:

Ik,..... heb het Dermapen Behandelintake formulier naar waarheid en naar beste vermogen ingevuld. Mijn Dermapen behandelaar heeft mij het Dermapen Nabehandelingsformulier overhandigd en uitgelegd:

- * Wat een Dermapen behandeling is en hoe het werkt
- * Wat ik kan verwachten van een Dermapen behandeling
- * Wat de contra-indicaties en overwegingen zijn
- * Welke nabehandelingsverzorging ik dien te gebruiken

Ik begrijp dat meerdere Dermapen behandelingen nodig zijn voor een optimaal resultaat.

Datum:.....

Cliënt naam:..... Behandelaar naam:.....

Client handtekening:..... Behandelaar handtekening:.....