

|  |
| --- |
| **Ondergetekende,** |
| Voor + achternaam |
| Adres |
| Postcode Woonplaats |
| Telefoonnummer |
| Geboortedatum Email  |

**LET OP: Bij het maken van een afspraak voor permanente make up gaat u automatisch akkoord met onze voorwaarden. Dit houd in dat u kosteloos kunt annuleren tot uiterlijk 48 uur voor de afspraak. Alleen telefonisch! Wanneer u te laat annuleert bent u 75% van de behandeling verschuldigd. Wanneer u niet annuleert bent u 100 % van de behandeling verschuldigd. Hiervoor ontvangt u dan een factuur.**

**Ondergetekende verklaart hierbij het volgende:**

- De keuze om permanente make-up te laten aanbrengen heb ik wel overwogen en uit vrije wil genomen.

- Ik ben ouder dan 18 jaar.

- Voor en tijdens de behandeling ben ik niet onder invloed van alcohol, drugs of bloed verdunnende medicijnen
- Ik ben geïnformeerd over de risico’s die kunnen ontstaan als gevolg van het aanbrengen van permanente make-up zoals infecties, littekenvorming, allergische reacties en dat het eindresultaat kan afwijken van het verwachtingspatroon.

- Ik heb op dit moment geen verkleuringen, zwellingen, bulten of enige andere vorm van irritatie op mijn lichaam en beschouw mezelf gezond genoeg om permanente make-up te laten aanbrengen.

- Ik gebruik op dit moment geen antistollingsmiddelen/bloedverdunners. Indien u bij een dermatoloog of arts onder behandeling bent of medicatie slikt, raadpleeg deze dan alvorens u besluit permanente make-up te laten aanbrengen en geef dit vooraf aan. Medicatie kan invloed hebben op de behandeling.

- Heeft u op het te behandelen gebied oude permanente make up of laten verwijderen meld dit dan vooraf, behandeling is dan niet altijd mogelijk.

- ( extra ) nabehandelingen worden apart gerekend en deze dienen binnen 8 weken plaats te vinden. Valt dit buiten deze termijn zullen er andere tarieven gehanteerd worden. Na iedere behandeling kunt u aangeven of u tevreden bent met de vorm of niet. Dit word achteraf niet gratis aanpast.

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

**Ik heb de volgende schriftelijke informatie van de behandelaar ontvangen en teken voor akkoord:**

1) Voorzorgregels 2) Nazorginstructie voor permanente make-up 3) Uitleg risico’s

Datum behandeling \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naar waarheid in te vullen door cliënt. PMU wordt sterk afgeraden bij één of meer keer wel. Neem in dat geval vooraf contact op.**Contra indicaties

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hemofilie | wel | niet |  | Hart en vaatafwijking | wel | niet |
| Chronische huidziekte | wel | niet |  | Herpes zoster in het gelaat of ooit gehad | wel | niet |
| Contact allergie | wel | niet |  | Ichthyose | wel | niet |
| Diabetes | wel | niet |  | Melanomen ( huidkanker ) | wel | niet |
| Immuunstoornis | wel | niet |  | Keloïd littekens | wel | niet |

Omstandigheden die het resultaat van de pigmenten kunnen beïnvloeden:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik heb hart problemen | wel | niet |  | Ik gebruik bloedverdunners | wel | niet |
| Ik heb een verstoorde wondgenezing | wel | niet |  | Ik heb hepatitis of HIV | wel | niet |
| Ik ben onder behandeling (geweest) voor kanker | wel | niet |  | Ik ben zwanger of geef borstvoeding | wel | niet |
| Ik heb psoriasis (ooit gehad)  | wel | niet |  | Ik heb hyperventilatie | wel | niet |
| Ik heb een hoge bloeddruk | wel | niet |  | Ik heb al permanente make up of dit verwijderd | wel | niet |

**Ik ben allergisch voor**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alleen invullen bij een wenkbrauwbehandeling

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik heb alopecia | wel | niet |  | Ik heb ooit eerder wenkbrauw PMU gehad | wel | niet |
| Ik heb eczeem in het te behandelen gebied | wel | niet |  | Ik heb fillers of botox rond mijn wenkbrauwen | wel | niet |
| Ik gebruik roaccutane (afgelopen 6 maanden) | wel | niet |  |  |  |  |

Datum behandeling \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nathalie Hollander ✽ Klaverplein 12 ✽ 8081 DN Elburg ✽ Tel: 0627280481 ✽ www.nathaliehollander.nl



Alleen invullen bij een lipbehandeling

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik heb last van koortsuitslag/gehad op mijn lip\* | wel | niet |  | Ik heb fillers of botox in of rond mijn lippen | wel | niet |
| Ik heb of had ooit lipkanker | wel | niet |  | Ik heb last van eczeem rond mijn mond | wel | niet |
| Ik heb ooit eerder lippen PMU gehad  | wel | niet |  | Ik gebruik roaccutane (afgelopen 6 maanden) | wel | niet |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Wanneer u ooit last heeft gehad van een koortslip bestaat het risico dat de behandeling een uitslag veroorzaakt.
Wanneer u regelmatig ( ieder jaar) een koortslip heeft is de kans op een uitslag erg groot. Neem vooraf contact op voor overleg wanneer u met regelmaat een koortslip heeft.**

Datum behandeling\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alleen invullen bij een oogbehandeling

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik heb voornemens plastische chirurgie te ondergaan | wel | niet |  | Ik heb in de afgelopen 2 maanden wimper extensions gehad en of wimperserum gebruikt | wel | niet |
| Ik draag contact lenzen | wel | niet |  | Herpes-simplex oogontsteking | wel | niet |
| Ik heb ooit eerder oog PMU gehad | wel | niet |  | Glaucoom (ogen) | wel | niet |
| Ik heb last van eczeem rond mijn ogen | wel | niet |  |  |  |  |
| Ik gebruik roaccutane (afgelopen 6 maanden) | wel | niet |  |  |  |  |

**Advies voorafgaande permanente make up:** contactlenzen uit tijdens en de komende 24 uur na de oog pigmentatie

Datum behandeling\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nathalie Hollander ✽ Klaverplein 12 ✽ 8081 DN Elburg ✽ Tel: 0627280481 ✽ www.nathaliehollander.nl