



# Toestemmingsformulier

<b>Ondergetekende,</b>	
Voor + achternaam	
Adres	
Postcode	Woonplaats
Telefoonnummer	
Geboortedatum	Email

## 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.
- Ik geef tijdens de behandeling akkoord voor het voor getekende model alvorens er wordt gestart met de behandeling. Uitgezonderd intensivering. Na de behandeling kan er geen klacht meer worden ingediend over het verkregen resultaat. Ook wordt er geen restitutie gegeven indien u niet tevreden bent.
- 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/bloedverdunders. 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.
- Ik geef akkoord voor het maken van voor en na beeld materiaal welke uitsluitend door Fiena gebruikt zullen worden voor commerciële doeleinden.
- Ik heb niet eerder PMU gehad in het te behandelen gebied.

## 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
Chronische huidziekte	wel	niet
Contact allergie	wel	niet
Diabetes	wel	niet
Immuunstoornis	wel	niet

Hart en vaatafwijking	wel	niet
Herpes zoster in het gelaat of ooit gehad	wel	niet
Ichthyose	wel	niet
Melanomen ( huidkanker )	wel	niet
Keloïd littekens	wel	niet

### Omstandigheden die het resultaat van de pigmenten kunnen beïnvloeden:

Ik heb hart problemen	wel	niet
Ik heb een verstoorde wondgenezing	wel	niet
Ik ben onder behandeling (geweest) voor kanker	wel	niet
Ik heb psoriasis (ooit gehad)	wel	niet
Ik heb een hoge bloeddruk	wel	niet

Ik gebruik bloedverdunders	wel	niet
Ik heb hepatitis of HIV	wel	niet
Ik ben zwanger of reeds bevallen ( 6 maanden)	wel	niet
Ik heb hyperventilatie	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 eczeem in het te behandelen gebied	wel	niet
Ik gebruik roaccutane (afgelopen 6 maanden)	wel	niet

Ik heb ooit eerder wenkbrauw PMU gehad	wel	niet
Ik heb fillers of botox rond mijn wenkbrauwen	wel	niet

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



Alleen invullen bij een oogbehandeling

Ik heb voornemens plastische chirurgie te ondergaan	wel	niet
Ik draag contact lenzen	wel	niet
Ik heb ooit eerder oog PMU gehad	wel	niet
Ik heb last van eczeem rond mijn ogen	wel	niet

Ik heb in de afgelopen 2 maanden wimper extensions gehad	wel	niet
Herpes-simplex oogontsteking	wel	niet
Ik gebruik roaccutane (afgelopen 6 maanden)	wel	niet
Glaucoom (ogen)	wel	niet

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

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

Handtekening \_\_\_\_\_