

**LET OP:** Dit formulier moet u invullen bij mij als u met een behandeling wilt beginnen. Zonder dit formulier word er geen behandeling gedaan.

## INTAKE FORMULIER YAGLASER bij All that's beauty

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ M / V  
Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Tel.nr.: \_\_\_\_\_ -

Wat wilt u laten behandelen?  tatoeage;  pigmentvlekken-ouderdomsvlekken

Wat is de plaats van het te behandelen oppervlak: \_\_\_\_\_

Hoelang heeft u de pigmentvlekken of tattoo: \_\_\_\_\_

Heeft u eerdere behandelmethoden geprobeerd op de te behandelen oppervlak?  Nee  Ja,  
namelijk: \_\_\_\_\_

Lijdt u of heeft u geleden aan één of meer van de volgende ziektebeelden:

Aandoening aan de (bij)nieren;

Allergieën, zoals lichtovergevoeligheid of histamine reacties;

Bloed- of stollingsziekten, zoals trombose;

Endocrinologische ziekten, zoals diabetes;

Hartziekten, zoals ook een hoge bloeddruk;

Huid- en/of geslachtsziekten, zoals herpes, psoriasis of eczeem, keloïd; Kanker of huidtumoren; Immunziekten, zoals een verminderd immuunsysteem;

Infectieziekten of ontstekingen;

Spataderen of andere vaatproblemen;

Verstoorde hormoonhuishouding, bijv. een verlaagd oestrogeen gehalte, verhoogd androgeen;

Ziekten van het zenuwstelsel, zoals epilepsie;  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Lijdt u of heeft u geleden aan enig andere aandoening?  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Gebruikt u of heeft u medicijnen gebruikt, de anticonceptiepil, anti boitica en overmatig gebruik van aspirine inbegrepen?

Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Heeft u een pacemaker, implantaten, prothesen of andere lichaamsvreemde zaken?  Nee  Ja,

namelijk: \_\_\_\_\_

Gebruikt u vitamine preparaten?  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Gebruikt u homeopathische middelen of kruidextracten, zoals sint-janskruid, tea tree?  Nee  Ja,

namelijk: \_\_\_\_\_

Wordt u regelmatig blootgesteld aan zonlicht, zonnebank of gebruikt u bruinings producten?  Nee  Ja,

namelijk: \_\_\_\_\_

Ondergaat u behandelingen, die uw huid gevoeliger maken, zoals harsen?  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Bent u zwanger?  Nee  Ja

Er kan uiteraard geen garantie worden gegeven dat de pigmentvlekken bij iedere patiënt verdwijnen. Sommige donkere vlekken reageren niet of alleen gedeeltelijk, zelfs na meerdere behandelingen. Belangrijk is daarom om factoren die de terugkeer van de overmatige pigmentatie bevorderen (zoals zonblootstelling) te vermijden, zelfs wanneer de vlekken aanvankelijk verdwenen zijn.

Bij patiënten met een donkere huid kan soms een donkere verkleuring optreden van het behandelde huiddeel (hyperpigmentatie). In het algemeen verdwijnt deze vanzelf na drie tot zes maanden. In zeldzame gevallen verdwijnt deze niet.

Bij sommige patiënten blijft het behandelde huiddeel lichter dan de omringende huid. Deze "hypopigmentatie" verdwijnt ook meestal na drie tot zes maanden. In zeldzame gevallen kan deze bijwerking echter ook blijvend zijn.

-De keuze om een tattoo / pigment te verwijderen heb ik weloverwogen en uit vrije wil genomen.

-Voor en tijdens de behandeling ben ik niet onder invloed van alcohol of drugs.

-Ik ben geïnformeerd over de risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het verwijderen van de tattoo/pigment, zoals infecties, littekenvorming, het niet helemaal verdwijnen en allergische reacties.

-Ik heb op dit moment geen verkleuring, zwellingen, bulten of enige andere vorm van irritatie op mijn lichaam en beschouw mezelf gezond genoeg om deze tattoo/pigment te laten verwijderen.

-Ik gebruik op dit moment geen anti stollingsmiddelen of bloedverdunners.

-Indien uw tattoo is gezet ter camouflage van bestraling of operatie littekens bespreek dit eerst met de arts door wie u bent behandeld of door wie u wordt gecontroleerd.

-Indien u bij een dermatoloog onder behandeling bent, raadpleeg deze dan alvorens u besluit een tattoo te laten verwijderen.

Het verwijderen van een tatoeage/pigment wordt sterk afgeraden waar "wel" van toepassing is.

Door ondertekening van dit formulier verklaard ondergetekende dat hij/zij het formulier gelezen en begrepen heeft en akkoord gaat met de inhoud hiervan en de behandelingsmethode naar tevredenheid is uitgelegd met alle informatie die hij/zij wenste te krijgen en heeft gekregen. Ondergetekende verklaard het bedrijf of de persoon op geen enkele wijze aansprakelijk te kunnen voor eventuele allergische reacties of andere ten laste leggingen in welke vorm dan ook.

Plaats, \_\_\_\_\_ Datum, \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Handtekening cliënt \_\_\_\_\_