

**Klant gegevens:**

**Paraaf:**

Naam:		
Geboortedatum: (v.a. 16 jr.)		
Woonplaats:		
Telefoon:		

**Toestemming AVG – GDPR:**

Geeft toestemming voor het gebruik van fotomateriaal 'van de ogen' op de website en FB / Instagram pagina	
Geeft toestemming voor het opslaan van de medische gegevens in de vragenlijst van het GGD	
Geeft toestemming voor het opslaan van gegevens in het online reserveer systeem. (wanneer u niet in dit systeem opgeslagen wilt worden kunt u alleen telefonisch uw afspraak reserveren met als gevolg een beperktere keuze aan datums en tijden en een langere wachttijd)	

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanent make-up behandeling **ja / nee**
- Ik weet dat er risico's bestaan op infectie en andere complicaties na het zetten van permanent make-up **ja / nee**
- Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanent make-up behandeling te laten zetten **ja / nee**
- Ik weet dat de kosten voor een nieuwe behandeling exclusief het bijwerk tarief is en inclusief één nacontrole **ja / nee**

**GGD vragenlijst:**

- Heeft u de afgelopen 48 uur voor de behandeling drugs gebruikt **ja / nee**
- Heeft u de afgelopen 24 uur voor de behandeling alcohol gedronken **ja / nee**
- Bent u zwanger **ja / nee**
- Ondergaat u chemo therapie (bij 'ja' mag permanent make-up alleen gezet worden met toestemming van de behandelend arts) **ja / nee**
- Het wordt afgeraden om permanent make-up te laten zetten wanneer u deze \* medicatie gebruikt:
  - \* Antibiotica (minimaal 2 dagen voor de behandeling gestopt? Dan is het zetten van permanent make-up geen probleem) **ja / nee**
  - \* Prednison (minimaal 6 dagen voor de behandeling gestopt? Dan is het zetten van permanent make-up geen probleem) **ja / nee**
  - \* Antistollingsmiddelen (minimaal 2 dagen voor de behandeling gestopt? Dan is het zetten van permanent make-up geen probleem) **ja / nee**
- Heeft u Hemofilie (bloedziekte) **ja / nee**
- Heeft u een chronische (huid)ziekte **ja / nee**, zo 'ja' welke benaming heeft deze ziekte \_\_\_\_\_
- Heeft u een bindweefsel zieke **ja / nee**
- Heeft u huidkanker gehad op de plaats waar permanent make-up gezet gaat worden **ja / nee**
- Heeft u diabetes 1 of 2 **ja / nee**
- Gebruikt u insuline **ja / nee**
- Heeft u een hart / vaatafwijking **ja / nee**
- Heeft u contactallergie **ja / nee**, zo 'ja' waarvoor heeft u deze allergie \_\_\_\_\_
- Ik heb een immuunstoornis **ja / nee**
- Heeft u afgelopen 24 uur aspirine of ibuprofen geslikt (paracetamol mag wel) **ja / nee**
- Heeft u korter dan 3 maanden geleden botox laten zetten rond de ogen / voorhoofd / mond **ja / nee**
- Heeft u wel eens last (gehad) van het herpes simplexvirus virus op de mond of bij het oog **ja / nee**
- Moet u uw ogen druppelen **ja / nee**
- Bent u onder behandeling met hormoon houdende medicatie (m.u.v. de pil) **ja / nee**
- Bent u de afgelopen week ziek / verkouden geweest **ja / nee**
- Heeft u op dit moment een verlaagde weerstand (bijv. burn-out) **ja / nee**
- Gerbuikt u medicatie **ja / nee** zo 'ja' welke:

Ik weet dat permanent make-up wordt afgeraden en volledig op eigen risico van het eind resultaat is wanneer ik één of meerdere keren 'ja' heb omcirkeld in de GGD vragenlijst **ja / nee**

Ik bespreek met mijn Permanent make-up specialist na het invullen van mijn medische gegevens welke risico's mijn behandeling met zich mee brengt wanneer ik ja heb omcirkeld. Ik ben volledig bewust van deze risico's **ja / nee** Ook zal ik mijzelf goed inlezen in de 'nazorg informatie' welke ik na het zetten van mijn permanent make-up per email ontvang van de specialiste (controleer indien nodig uw spam box)

Hierbij geef ik toestemming de behandeling voort te zetten **ja / nee**