***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 **ja / nee

*GGD Vragenlijst:***- Heeft u de afgelopen 48 uur voor de behandeling drugs gebruikt **ja / nee**
- Heeft u de afgelopen 24uur 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 24uur 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**
- Gebruikt u medicatie **ja / nee** zo ‘ja’ welke: