

## Clïëntgegevens

Voorletters:

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoon:

E-mail:

Medicijngebruik:

### Medische geschiedenis:

- Hartproblemen ja/nee
- Transplantatie ja/nee
- Osteoporose ja/nee
- Flebitis(aderontsteking) ja/nee
- Zwanger ja/nee
- Hoge bloeddruk ja/nee
- Implantaten ja/nee
- Nierproblemen ja/nee
- Huidziektes ja/nee
- Kanker ja/nee
- Syndroom van Raynaud ja/nee
- Cryoglobulinemie ja/nee

- **Invloeden:**
- Inname medicatie
- Antidepressiva
- Diabetes
- Schildklierproblemen
- Nierproblemen
- Anticonceptie

Onderhoudsbehandeling      Cryo vetcellen

1x per 3 maanden

Onderhoudsbehandeling      Verstevinging

1x per 4-6 weken

Ik verklaar alle vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord. Ik heb geen relevante informatie achtergehouden. Ik heb kennis genomen/ informatie gekregen over mijn behandeling die ik geheel vrijwillig ga volgen. Ik ben er mij bovendien van bewust dat het resultaat van de behandeling per cliënt kan variëren. Ik vrijwaar in dat verband nadrukkelijk dat Huidoase bij wie ik de behandeling onderga van elke aansprakelijkheid . Ik weet dat al mijn gegevens vertrouwelijk worden behandeld om mijn privacy te beschermen. Ik geef toestemming voor het maken van de digitale foto's voor en na de behandeling van het betreffende gebied voor de opbouw van mijn dossier. Deze foto's worden nooit zonder mijn nadrukkelijke toestemming gepubliceerd of aan derden gegeven.

Getekend voor akkoord:

Naam cliënt:

Handtekening cliënt: