

Klanteninformatie:

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Stad: _____ Land: _____

Telefoonnummer: _____ Email: _____

Beroep: _____

Hoe heb je van ons gehoord? _____

Soort behandeling:

DS V-Line Dermaplaning

SQT Biomicroneedling

DS V-Line Microneedling

DS V-Line cCollageendraden

Contra indicaties:

Acne

Chronisch eczeem

Herpes simplex

Huidkanker

Zwangerschap/ lactatie

Bloedingsstoornissen

Oogontsteking (collageendraden)

Bloedverdunners

Koortsachtige infecties (collageendraden)

Roaccutane

Psoriasis/ eczeem

Chemotherapie

HIV

zonvakanties (dermaplaning, SQT, microneedling)

Hepatitis

Actieve acne (dermaplaning en microneedling)

Botox en fillers

Fruitzuren/fruitzuurpeelings

- Andere condities: _____
- Bekende allergieën? Ja Nee: _____
- Maak een lijst van alle medicijnen die u regelmatig gebruikt, inclusief vitamines, kruidensupplementen, aspirine: _____
- Een recente operatie, inclusief plastische chirurgie gehad? Ja Nee: _____
- Ben je zwanger of probeer je zwanger te worden? Ja Nee
- Rookt u of drinkt u alcohol? Ja Nee

Toestemmingsverklaring:

Ik ben op de hoogte van de aard, doel en de te verwachten resultaten van de voorgenomen behandeling. Ik ben erop gewezen dat er voor en na de behandeling bepaalde richtlijnen zijn om een optimaal resultaat te bereiken.

Ik heb de behandelaar op de hoogte gesteld van mijn ziekten, medicijngebruik en eventueel overgevoeligheden.

Ik heb de bovenste informatie plus de verklaring en ook het klantenadvies mondeling ontvangen en begrepen en ga hiermee akkoord. Ik wil de aangewezen behandeling uit vrije wil ondergaan en neem hiervoor mijn eigen verantwoordelijkheid.

Ik sta toe dat mijn foto's gebruikt worden voor Social Media.

Datum:...../...../.....

Handtekening:.....