

Gezondheidsverklaring  
(Informed consent)

Naam: .....  
Adres: .....  
Postcode/Woonplaats: .....  
Geboortedatum: .....  
Telefoonnummer: .....

Naald: ..... Pigment: ..... Lotnr: .....

Ondergetekende is bekend met de aard van de behandeling door middel van Permanente Make-up.

Ondergetekende verklaart 24 uur voorafgaand aan de behandeling geen alcohol of drugs te hebben gebruikt.

- |    |                                   |          |
|----|-----------------------------------|----------|
| 1. | Bent u lichamelijk gezond?        | Ja / Nee |
| 2. | Gebruikt u medicijnen?            | Ja / Nee |
| 3. | Staat u onder doktersbehandeling? | Ja / Nee |

Mogelijke contra indicaties voor de behandeling:

Hemofilie

Pathologische wondgenezing

Suikerziekte (diabetes)

Immuunstoornissen

Chronische huidaandoeningen

Hart of vaatziekten, pacemaker

- |    |  |          |
|----|--|----------|
| 4. | Bent u in verwachting of geeft u borstvoeding?                   | Ja / Nee |
| 5. | Heeft u ooit last gehad van een tandarts verdoving (lidocaïne) ? | Ja / Nee |
| 6. | Bent u allergisch voor latex?                                    | Ja / Nee |
| 7. | Heeft u wel eens last gehad van een koortslip?                   | Ja / Nee |

Ondergetekende verklaart alles naar waarheid te hebben ingevuld, is op de hoogte gesteld van de nazorginstructies en zal deze naleven. Tevens heeft zij (hij) de risico's van het laten zetten van permanente make-up schriftelijk ontvangen.

Datum: .....

Handtekening: .....