

|  |
| --- |
| Datum intake: Specialiste: |
| Naam: Voornaam: |
| Adres: Postcode: |
| Woonplaats: Telefoon: |
| Email: Mobiele telefoon: |
| Verzekeringsnummer: ISBN nummer: |
| Hoe heeft u ons gevonden? |

|  |  |
| --- | --- |
| Behandelingen | |
| Met welk doel bezoekt u ons instituut? |  |
| Heeft u specifieke huidklachten? |  |
| Hoe lang heeft u deze huid klachten? |  |
| Hoe zijn de klachten ontstaan? |  |
| Wat heeft u er al aan gedaan in het verleden? |  |
| Zouden de klachten erfelijk kunnen zijn? |  |
| Bent u onder behandeling van een Dermatoloog of andere specialist? |  |
| Welk resultaat verwacht u van onze behandelingen? |  |
| Heeft u al vaker een behandeling gehad en zo ja, waar? |  |
| Was u tevreden over deze behandeling? |  |
| Welke producten gebruikt u voor thuisgebruik? |  |
| Welk resultaat verwacht u van de producten  die u gebruikt? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gezondheid en Levensstijl: | |
| Heeft u gezondheidsklachten, zo ja welke: |  |
| Gebruikt u medicijnen, zo ja welke: |  |
| Bent u allergisch? Zo ja, waarop: |  |
| Bent u zwanger? |  |
| Heeft u een hoge of lage bloeddruk? |  |
| Heeft u een regelmatige menstruatie cyclus? |  |
| Gebruikt u de anticonceptiepil? |  |
| Bent u in de overgang? |  |
| Hoe is de stoelgang? |  |
| Heeft u problemen met vochthuishouding? |  |
| Wat drinkt u per dag? En hoeveel? |  |
| Drinkt u alcohol? |  |
| Rookt u? |  |
| Hoe slaapt u? |  |
| Hoe is uw stress niveau? |  |
| Wat voor werk doet u? |  |
| Sport u? Zo ja, wat en hoe vaak? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zongedrag: | |  |
| Gaat u onder een zonnebank: |  | |
| Hoe vaak zit u in de zon: |  | |
| Bent u als kind verbrand door de zon: |  | |
| Gebruikt u een zonnefilter, en zo ja, welke factor: |  | |

|  |
| --- |
| PROFFESIONELE HUIDANALYS |
| HUIDTYPE: |
| HUIDCONDITIE: |
| TE VERBETERENPUNTEN: |
| STERKE PUNTEN: |



AANTEKENINGEN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BEHANDELPLAN | |  |
| HOOFDDOEL: |  | |
| AANVULLENDE DOEL: |  | |
| BEHANDELPLAN | GET THE RESULT FASE TREATMENTS  KEEP THE RESULT FASE TREATMENTS: | |
| EVALUATIE DATA: | **1.**  **2.**  **3.**  **4.** | |
| LEVENSTIJL ADIVES |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Product fase |  | Advies |  |  |
| Reinigen |  |  |  |  |
| Medi spa corrector |  |  |  |  |
| Serum |  |  |  |  |
| Herstel barrière functie |  |  |  |  |
| Dag en nacht crème |  |  |  |  |
| Oogverzorging |  |  |  |  |
| Masker |  |  |  |  |
| Bescherming |  |  |  |  |
| Bijzonderheden |  |  |  |  |