Intake Formulier – Microneedling Behandeling

Persoonlijke gegevens				
Achternaam:				
Voornaam:				
Adres:				
				Postcode:
Geboortedatum:		Geslacht:	Lengte:	Gewicht:
Burgerlijke staat:		Kinderen + leeftijden:		
Beroep:				
Telefoon – mobiel:		Telefoon - thuis:		
E-mailadres:				
Andere contactgegevens:				
Reden(en) voor behandeling:				
Verwachtingen van behandeling:				
Naam huisarts:				
Adres huisarts:				
				Postcode:
Contactpersoon in geval van nood:			Telefoon:	
Wat is uw relatie met deze contactpersoon:				

Medische historie		
Gebruikt u momenteel medicijnen? Zoja, welke en waarvoor?		
Heeft u een operatie ondergaan in de afgelopen 3 jaar? Zoja, waarvoor en hoe lang is dat geleden?		
Heeft u een van de volgende contra indicaties:	Kanker	
	Lupus	
	Pacemaker	
	Diabetes	
	Allergieën	
	Hepatitis/HIV/AIDS	
	Bloedstoornis	
	Spataderen (waar)	
	Hormonale onbalans	
	Eczeem	
	Bloeddruk:	Hoog Normaal Laag
Heeft u of gebruikt u momenteel medicijnen zoals Roaccutane, anticonceptiepil of hormonen?		
Heeft u ooit of gebruikt u momenteel Retin A (vitamine A zuur)?		
Heeft u ooit of gebruikt u momenteel steroïden?		
BENT U ALLERGISCH VOOR ROESTVRIJ STAAL? (Zoja, kunt u uitleggen wat de reacties daarop zijn geweest?)		
Heeft u andere allergieën/intoleranties		

voor cosmetische ingrediënten, medicijnen, chemicaliën, etc?		
Circulatie:	Goed Gemiddeld Slecht	
Relevante medisch verleden:		
Bent u zwanger?	Ja / Nee	Aantal maanden:
Bent u in de overgang? Zoja, wat zijn de symptomen:		
Heeft u last van premenstruele stress? Zoja, wat zijn de symptomen:		

Huiddiagnose				
Omschrijf uw huid (omcirkel wat van toepassing is op uw huid)	Normaal		Vettig	
	Gecombineerd		Vettig/Droog	
	Rijpere huid		Acne	
Heeft u last van het volgende: (omcirkel wat van toepassing is op uw huid)	Sproetjes		Beschadigd door zon	
	Vlekjes		Rimpels	
	Verslapping		Grove poriën	
	Milia		Mee-eters	
	Rosacea		Melasma	
	Cysten		Vaal	
	Acne conglobata		Couperose	
	Acne littekens		Eczeem (waar)	
	Hyperpigmentatie		Hypopigmentatie	
	Psoriasis		Litteken – verbranding litteken/chirurgisch litteken (waar)	
	Seborroïsche dermatitis		Atopische dermatitis	
	Vitiligo		Striae distensae	
	Virale huidinfectie		Contact dermatitis	
	Alopecia (haaruitval)		Alopecia areata	
	Andere besmettelijke huidproblemen / ziekten:		Gevoelige huid (waar):	
	Post Inflammatoire Hyperpigmentatie		Hypertrofische littekens (waar)	
Heeft u ooit een van de volgende behandelingen ondergaan? Graag aangeven wanneer:	Gezichtsbehandelingen van een schoonheids-specialiste		Glycolzuur peelings	
	Salicylzuur peelings		Botox	
	Microdermabrasie		Jessner peelings / TCA	
	Laser /IPL		Permanente make-up	
	Fillers			
Is uw huidregeneratie goed?				
Welke gevolgen verwacht u van deze behandeling?				

Levensstijl		
Vochtinname per dag & wat voor vocht:		
Rookt u?	Ja / Nee	Hoeveel sigaretten per dag?
Heeft u last van:	Depressie Gespannen Angst Stress	
Hoe uit zich het bovenstaande effect bij u?		
Wat is uw dagelijkse routine op het gebied van huidverzorging?		
Gebruikt u dagelijks of regelmatig een hoge kwaliteit anti-zonnebrandcrème?		
Bent u in het verleden vaak blootgesteld aan de zon?	Extreem vaak Gemiddeld Nauwelijks	
Hoe vaak wordt u dagelijks blootgesteld aan de zon?	Extreem vaak Gemiddeld Nauwelijks	

Ik bevestig dat de bovenstaande informatie juist is en dat ik naar mijn weten geen informatie heb achtergehouden dat relevant is voor mijn behandeling.

Handtekening cliënt:	Datum:
Handtekening behandelaar:	Datum: