

YOUR PERSONAL CONSULT



Datum intake:	Specialiste:
Naam:	Voornaam:
Adres:	Postcode:
Woonplaats:	Telefoon:
Email:	Mobilele telefoon:
Verzekeringsnummer:	BS 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, waarvoor:	
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 VERBETEREN PUNTEN:

STERKE PUNTEN:

BEHANDELPLAN

GEADVISEERDE
BEHANDELINGEN:

HOOFDDOEL:

SUBDOEL:

AANVULLENDE
ADVIEZEN:

Product fase	Advies		
Reinigen			
Medi Spa Corrector			
Serum			
Herstel barrière functie			
Dag en nacht crème			
Oogverzorging			
Masker			
Bescherming			
Bijzonderheden			