



BEAUTY ROOM NATHAS

TOESTEMMINGS FORMULIER

Ondergetekende (naam)

Verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor permanente make-up
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicatie als gevolg van permanente make-up
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van materiaal voor PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie
- Ik heb schriftelijk instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU
- Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanente make up te laten zetten
- Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs
- Ik weet dat het wordt afgeraden om PMU te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt
- Ik weet dat zwangere vrouwen worden afgeraden om PMU te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties

Geeft u alstublieft antwoord op de volgende vragen (doorhalen wat van toepassing is):

Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestraling of operatielitteken: ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst te bespreken met mijn behandelend arts. ja/nee/n.v.t.

Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog: ik heb met mijn dermatoloog besproken dat deze permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid. Ja/nee/n.v.t.

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

- Hemofilie wel/niet
- Chronische huidziekte wel/niet
- contactallergie wel/niet
- diabetes wel/niet
- immuunstoornis wel/niet
- Hart en vaatafwijkingen wel/niet

Ik weet dat het sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag een of meerdere keren 'wel' heb ingevuld ja/nee/n.v.t.

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Geboortedatum:	
Nr. Legitimatiebewijs klant:	
Handtekening (jonger dan 16jaar, handtekening wettige vertegenwoordig):	
Naam wettige vertegenwoordiger	
Legitimatiebewijs wettige vertegenwoordiger:	
Datum:	