

Formulier ten behoeve van het intakegesprek voor een behandeling

(* doorhalen / aankruisen wat van toepassing is)

Personalia

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoon / mobiel: _____

E-mailadres: _____

Beroep: _____

Acne (dit deel alleen invullen bij acne behandeling)

Hoe lang en waardoor heeft u last van acne?

Vanaf pubertijd / tijdens zwangerschap / na zwangerschap / menopauze *

Anders t.w: _____

Door medicijnen? ja / nee *

Door ziekte? ja / nee *

Eventueel andere oorzaken: _____

Komt acne in uw familie voor? ja / nee *

Is hier een onderzoek naar gedaan? ja / nee *

Bent u eerder onder behandeling geweest bij een schoonheidsspecialist, huisarts, dermatoloog voor acne? ja / nee *

Gebruikt u medicijnen voor acne? ja / nee *

Zo ja, welke? _____

Algehele gezondheid

Hoe is uw algehele gezondheid? Goed / matig / slecht *

Gebruikt u momenteel medicijnen / voedingssupplementen? ja / nee *

Zo ja, welke? _____

Gebruikt u anti-conceptie? ja / nee *

Zo ja, welke? _____

Bent u momenteel zwanger of geeft u borstvoeding ja / nee *

Rookt u? ja / nee *

Beweegt u voldoende? ja / nee *

Hoeveel? _____

Volgt u een dieet? ja / nee *

Zo ja, welk? _____

Drinkt u voldoende water? ja / nee *

Zo ja, hoeveel liter per dag /week / maand?* _____

Drinkt u alcohol? ja / nee *

Zo ja, dagelijks / wekelijks / maandelijks?*

Zo ja, hoeveel, glazen per dag / week / maand?* _____

Algemene aanvullende informatie ten aanzien van de algehele gezondheid

Heeft u de afgelopen tijd een operatie ondergaan ja / nee *

Zo ja, welke? _____

Heeft u last van stress? Nooit / soms / regelmatig *

Heeft u een pacemaker, implantaten, piercings, etc ja / nee *

Heeft u weleens een allergische reactie gehad, bijvoorbeeld op voeding e.d. ja / nee *

Zo ja, welke? _____

Heeft u klachten met betrekking tot: *

bloedstollingsstoornissen diabetes Maligniteiten (kwaadaardige tumoren)

stofwisseling menstruatiestoornissen Acute eczeem / chronische huidziekte

epilepsie anorexia / boulimia Vertraagde wondgenezing

HIV / hepatitis schildklier Neiging tot keloïd littekens

immuunziekten Neiging tot keloïd littekens Gebruik van Isotretinoïne (Roaccutane)

Actieve infecties/Impetigo(Krentenbaard / Herpes Simplex Psoriasis vulgaris

Eventueel andere aandoeningen:

Heeft u eerder een behandelingen en/of chirurgische ingrepen aan uw gelaat ondergaan?

Zo ja, te weten: _____

Fruitzuur/chemische peelings ja / nee *

Microdermabrasie ja / nee *

IPL / laserbehandelingen ja / nee *

Microneedling ja / nee *

RF-behandeling ja / nee *

Hoe lang is dat geleden? _____

Gaat u wel eens onder de zonnebank ja / nee *
Zo ja, hoe vaak? _____

Wat zijn uw verwachtingen van de behandeling:

Huidverzorging:

Welke huidverzorgingsproducten gebruikt u op dit moment:

Gebruikt u make-up? ja / nee *
Zo ja, welke? _____

Mannen

Hoe scheert u zich nat /droog *
Heeft u last van ingegroeide haren ja / nee *
Welke producten gebruikt u na het scheren:

Ondertekening

Ik heb alle vragen naar waarheid beantwoord.

datum: _____ naam: _____

(handtekening)