



DE PIGMENT PRAKTIJK

MEDISCHE EN COSMETISCHE PIGMENTATIE

GEZONDHEIDSVERKLARING informed consent

Ondergetekende,

Naam:.....

Adres:

Woonplaats:.....

Telefoon:.....

Emailadres:.....

Geboortedatum:.....

(in te vullen door behandelaar)

Pigmentkleur(en):.....

Naaldmodule(s):.....

De prijs is voor 1 behandeling incl. een nabehandeling binnen 8 weken.

Er is vrijwel altijd een nabehandeling nodig.

verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze behandeling.
- Ik ben geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van de PMU behandeling.
- Ik geef tijdens de behandeling akkoord voor het getekende model van de te plaatsen PMU.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van materiaal voor PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Ik heb instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU.
- Ik vind mijzelf gezond genoeg om deze pigmentatiebehandeling te laten uitvoeren.
- Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs.
- Ik weet dat het wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt.
- Ik ben ervan op de hoogte dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om een pigmentatie behandeling te ondergaan ivm verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Beantwoord de volgende vragen:

Alleen van toepassing als u een pigmentatie behandeling wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken:

Ik weet dat het wordt aangeraden om pigmentatie ter camouflage eerst met mijn behandelend arts te bespreken.

- ja
- nee
- n.v.t.

Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:

Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat de pigmentatie geen kwaad kan op mijn huid.

- ja
- nee
- n.v.t.

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van (omcirkel wat van toepassing is)

- | | |
|--|----------|
| • Hemofilie | wel/niet |
| • Hepatitis B | wel/niet |
| • Chronische huidziekte | wel/niet |
| • Glaucoom (bij eyeliner pigmentatie) | wel/niet |
| • Diabetes 1 - 2 | wel/niet |
| • Immuunstoornis | wel/niet |
| • Hart en vaatafwijkingen | wel/niet |
| • U gebruikt medicatie
(bloedverduppers, antibiotica bij twijfel overleg met uw arts) | wel/niet |
| • Koorstlip (alleen bij lippigmentatie van toepassing) | wel/niet |
| • U bent allergisch | wel/niet |
| • U heeft keloïd-littekens | wel/niet |
| • U bent zwanger | wel/niet |

Ik ben ervan op de hoogte dat een pigmentatie behandeling sterk wordt afgeraden wanneer ik bij bovenstaande vragen één of meerdere keren 'ja' heb omcirkeld

- ja
- nee
- n.v.t.

Ik heb de volgende informatie van de behandelaar ontvangen:

- 1) Informatie over de risico's van cosmetische tatoeages en permanente make-up.
- 2) Nazorginstructies.

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld volgens de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Datum:

Handtekening:

.....

.....