



## TOESTEMMINGSFORMULIER

Ondergetekende, \_\_\_\_\_ verklaart hierbij het navolgende:

1. De keuze voor pmu/fillers/plasma aanbrengen heb ik weloverwogen en uit vrije wil gedaan .
2. Ik ben geïnformeerd over de risico's en de mogelijke nadelige gevolgen die kunnen ontstaan als gevolg van het aanbrengen van de permanent make up/fillers/plasma  
Zoals infecties littekenvorming en allergische reacties.
3. Ik heb op dit moment geen verkleuringen, zwellingen noch enige andere vorm van irritaties op mijn lichaam en beschouw mijzelf gezond genoeg om de behandeling te ondergaan.
4. Ik gebruik op dit moment geen stollingsmiddelen of andere medicatie.  
Indien wel het geval welke en waarvoor ? \_\_\_\_\_
5. Allergie planten/metalen/antibiotica/verdoving.
6. **Ik lijd wel of niet aan enige vorm van:**
  - Heeft u op dit moment last van Herpes (koortslip), Diabetes, Imuunstoornis ? JA / NEE
  - Ik gebruik corticosteroiden. JA / NEE
  - Ik gebruik contactlenzen (alleen bij Eyeliner). JA / NEE
  - Ik heb/had last van eczeem of psoriasis. JA / NEE
  - Ik ben momenteel zwanger of geef borstvoeding. JA / NEE
  - Ik gebruik bloedverdunners. JA / NEE  
Zo ja, hoeveel ? \_\_\_\_\_
  - Ik heb de afgelopen 24 uur alcohol/drugs gedronken/gebruikt. JA / NEE  
Zo ja, hoeveel ? \_\_\_\_\_
  - Ik heb de afgelopen 24 uur geen aspirine of ibuprofen geslikt (paracetamol mag wel). JA / NEE
7. Ik weet dat een pmu behandeling wordt afgeraden en volledig op eigen risico is als ik bij de vorige vraag 1 of meerdere keren ja heb omcirkeld.
8. Ik geef toestemming voor het maken van foto's van mijn gezicht en het gebruik van deze foto's voor promotionele doeleinden.

Welke kleur is er gebruikt: \_\_\_\_\_

Welke filler is er gebruikt: \_\_\_\_\_

Welke behandeling is uitgevoerd: \_\_\_\_\_

**Ik verklaar hierbij dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.  
Mij is duidelijke gemaakt het niet navolgen van de adviezen nadelige invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.**

Handtekening cliënt: \_\_\_\_\_ Handtekening behandelaar: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_