



# Client Informatie

## INKLESS STRETCH MARK AND SCAR REMOVAL

### Heeft u last van medische klachten of contra indicaties?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kanker           | <input type="checkbox"/> Hepatitis       | <input type="checkbox"/> Epilepsie       |
| <input type="checkbox"/> Hyperpigmentatie | <input type="checkbox"/> Tuberculosis    | <input type="checkbox"/> HIV positief    |
| <input type="checkbox"/> Keloïd           | <input type="checkbox"/> Geslachtsziekte | <input type="checkbox"/> Bloedverdunners |
| <input type="checkbox"/> Hemofilie        | <input type="checkbox"/> Anemia          | <input type="checkbox"/> Alopecia        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes         |  |  |

- Astma
- IJzer te kort
- Duizeligheid
- Bestraling of chemo
- Latex allergie

### Welk gebied wordt er behandeld en welke naald gebruikt ?

---



---



---

### Volgens de WWKGZ Wet ben ik verplicht om foto's te maken om in het dossier te doen. Mag ik u foto's gebruiken op de sociale of website?

- | Voor dossier                 | Socials                      | Nazorg folder gegeven        |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Ja  |
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Nee |

*Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie en verklaringen naar eer en geweten heb gegeven en dat ze correct zijn; dat ik de leeftijd heb waarop ik zelf toestemming mag geven voor deze behandeling; dat ik momenteel niet onder de invloed verkeer van alcohol of drugs of van andere stoffen die mijn beleving, vrije wil en oordeelsvermogen kunnen beïnvloeden."*

*"Ik geef toestemming dat het inktloos verwijderen zoals beschreven wordt uitgevoerd door de met naam genoemde behandelaar."*

*"Ik heb de bijlage bij dit toestemmingsformulier in overweging genomen."*

*"Ik bevestig dat de behandelaar dit toestemmingsformulier in dossier mag houden."*

*"Ik ben mij bewust van en aanvaard de risico's en mogelijke complicaties in verband met het behandeld worden."*

#### Verklaring behandelaar:

*"Ik bevestig dat het inkless behandelen onder hygiënische omstandigheden met geschikte steriele instrumenten en veilige technieken en volgens EN 17169 of overeenkomstig nationale eisen wordt uitgevoerd."*

*"Voor deze behandeling dien ik geen enkele vorm van verdoving toe."*

*"Ik bevestig dat aan de cliënt een afschrift van dit ondertekende toestemmingsformulier is aangeboden en dat de cliënt het advies heeft gekregen de informatie te bewaren."*

Clïent handtekening

Behandelaar handtekening