

## INTAKE / ANAMNESE FORMULIER

Achternaam: ..... Voornaam: .....  
 Adres: .....  
 Plaats: ..... Postcode: .....  
 Geboortedatum: ..... Geslacht: M / V  
 Telefoon: Privé: ..... E-mail: .....

### Eerdere behandelmethode;

Scheren / Harsen / Elektrisch ontharen / Ontharingscrème / Epileer apparaat / Epilatie / andere  
 IPL of Laserbehandelingen

### Lijdt u of heeft u geleden aan één of meer van de volgende ziektebeelden?

|     |  | Ja                    | Nee                   |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|
| 1.  | Aandoening aan de (bij)nieren  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.  | Allergieën, zoals lichtovergevoeligheid of histamine reacties  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.  | Bloed- of stollingsziekten, zoals trombose   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.  | Endocrinologische ziekten, zoals diabetes  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.  | Hartziekten, zoals ook een hoge bloeddruk  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.  | Huid- en/of geslachtsziekten, zoals herpes, psoriasis of eczeem, keloïd  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.  | Kanker of huidtumoren  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.  | Immuunziekten, zoals een verminderd immuunsysteem  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.  | Infectieziekten of ontstekingen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | Spataderen of andere vaatproblemen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. | Verstoorde hormoonhuishouding, bijv. een verlaagd oestrogeen gehalte, verhoogd androgeen                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. | Ziekten van het zenuwstelsel, zoals epilepsie  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. | Gebruikt u of heeft u medicijnen gebruikt, de anticonceptiepil, anti-biotica en overmatig gebruik van aspirine inbegrepen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. | Heeft u een pacemaker, implantaten, prothesen of andere lichaamsvreemde zaken?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | Gebruikt u vitamine preparaten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | Gebruikt u homeopathische middelen of kruidextracten, zoals sint-janskruid, tea tree?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|     |  | Ja                    | Nee                   |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|
| 17. | Wordt u regelmatig blootgesteld aan zonlicht, zonnebank of gebruikt u zelfbruinende producten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | Heeft u permanente make-up of een tatoeage?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. | Heeft uw huid onregelmatigheden in structuur of pigment, zoals pigmentvlekken?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | Ondergaat u behandelingen, die uw huid gevoeliger maken, zoals harsen?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. | (Voor vrouwen) Bent u zwanger?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. | (Voor vrouwen) Is het uw bedoeling om in de komende periode zwanger te raken                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Opmerkingen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Hoelang is de beharing al aanwezig en wanneer is deze ontstaan?**

.....

**Ik heb alle vragen naar waarheid beantwoord. Mij is nadrukkelijk duidelijk gemaakt dat het niet juist of onvolledig beantwoorden van de vragen en het niet naleven van de voorwaarden een nadelige invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.**

**Plaats** ..... **Handtekening cliënt** .....

**Datum** .....

N.B. Bij minderjarigen is de handtekening van ouder of voogd verplicht.