

Ondergetekende verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanente make-up.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van permanente make-up.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van materiaal voor permanente make-up bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Ik heb schriftelijke instructies ontvangen over de nazorg van mijn permanente make-up.
- Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanente make-up te laten zetten.
- 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 weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Geeft u alstublieft antwoord op de volgende vragen (doorhalen wat niet van toepassing is):

*Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken.*

Ik weet dat het wordt aangeraden om permanente make-up 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 deze permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid: ja/nee/n.v.t.

Ik lijd aan enige vorm van:

- Hemofilie wel/niet
- Chronische huidziekte wel/niet
- Contactallergie wel/niet
- Diabetes wel/niet
- Immuunstoornis wel/niet
- Hart en vaatafwijkingen wel/niet

Ik weet dat een permanente make-up sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren 'wel' heb ingevuld: ja/nee/n.v.t.

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Nummer legitimatiebewijs:

Datum:

Handtekening: