

Klantnummer: _____

Klantennaam: _____

Voornaam/achternaam

In sommige gevallen/situaties kan er een contra-indicatie zijn voor de radiofrequentiebehandeling met de BABOR TECH SkinFirmor RF die u wilt ondergaan of moeten we u informeren over mogelijke bijwerkingen van de gewenste radiofrequentiebehandeling. Voor uw eigen veiligheid vragen wij u om de volgende informatie over uw gezondheidstoestand te verstrekken:

GEEN BEHANDELING		
Lijdt u aan een ziekte?	Ja	Nee
Bloedstollingsstoornissen		
Hartaandoening		
Vasculaire aandoening, bijv. trombose		
Ernstige problemen met de bloedsomloop		
Diabetes		
Aandoeningen aan het zenuwstelsel, zoals de ziekte van Parkinson, epilepsie, multiple sclerose, aangezichtsverlammingen		
Acute bacteriële of virale infectie (bijv. koorts, griep, tuberculose)		
Auto-immuunziekte (bijv. vitiligo)		
Rosacea		
Acute conjunctivitis, andere ontstekingen in het gebied rondom de ogen en de mond		
Acute herpes		
Glaucoom (groene staar)		
Medicijnen/implantaten/behandelingen?	Ja	Nee
Antibiotica		
Pacemaker		
Geïmplanteerde insulinepomp		
Metalen implantaten in het te behandelen huidgebied		
Chemo- of radiotherapie		
Overige?	Ja	Nee
Zwangerschap of borstvoeding		
Alcohol/drugs		

BEHANDELING MOGELIJK		
Lijdt u aan een ziekte/hebt u plastische chirurgie ondergaan? → Medisch certificaat van/overleg met specialist	Ja	Nee
Huidkanker		
Anders kanker of vermoeden van kanker		
Plastische chirurgie in de laatste 6 maanden		
Zijn er in het kader van plastische chirurgie injecties gedaan in het te behandelen huidgebied? Het kan niet uitgesloten worden dat een behandeling een ongunstige uitwerking heeft op de injectie. → Medisch certificaat van/overleg met de specialist of uitdrukkelijke toestemming van de klant door middel van een handtekening, waarmee zij aangeeft dat zij de behandeling op eigen risico wil ondergaan, ondanks het feit dat zij op de hoogte is gesteld van mogelijke ongunstige uitwerkingen	Ja	Nee
Botox		
Filler		

UITSLUITEND MET
MEDISCH CERTIFICAAT
VAN DE SPECIALIST

Lijdt u aan een allergie? → Welke? → Vergelijken met de te gebruiken producten	Ja	Nee
Allergieën:		
Overige? → Intervallen in acht nemen	Ja	Nee
Staaroperatie (aanbrengen van kunstlens) in de afgelopen 8 weken		
Lasik ter behandeling van ametropie in de afgelopen 8 weken		
Glaucoom- of netvliesoperaties in de laatste 3 maanden		
Chemische peeling of peelingbehandeling in de afgelopen 6-8 weken		
Fruitzuurpeeling bij de schoonheidsspecialiste in de afgelopen 2 weken		
Ablatieve laserbehandeling bij de dermatoloog in de afgelopen 6-8 weken		

Ik bevestig door middel van mijn handtekening dat ik akkoord ga met de verwerking van mijn persoonsgegevens ten behoeve van bovengenoemde behandeling. De desbetreffende verklaring inzake gegevensbescherming is beschikbaar bij het cosmetica-instituut dat mij behandelt en ik heb hier kennis van genomen.

Ik bevestig door middel van mijn handtekening dat ik op de hoogte ben gebracht van de radiofrequentiebehandeling met de BABOR TECH SkinFirmor RF en de mogelijke bijwerkingen daarvan. Daarnaast bevestig ik dat ik het informatieblad voor de gewenste radiofrequentiebehandeling heb ontvangen en dat mijn hierboven vermelde gegevens juist zijn. Ik zal eventuele veranderingen in bovenstaande informatie doorgeven alvorens er een volgende behandeling plaatsvindt.

Alleen bij injecties: Ik ben volledig op de hoogte gesteld van het feit dat de radiofrequentiebehandeling een ongunstige uitwerking kan hebben op mijn injectie en ik wens de behandeling op eigen risico te ondergaan.

Plaats, datum:	Handtekening (klant)
-----------------------	-----------------------------

1e behandeling		4e Behandeling	
Op: (Datum)	Handtekening (klant)	Op: (Datum)	Handtekening (klant)

2e behandeling		5e behandeling	
Op: (Datum)	Handtekening (klant)	Op: (Datum)	Handtekening (klant)

3e behandeling		6e behandeling	
Op: (Datum)	Handtekening (klant)	Op: (Datum)	Handtekening (klant)

Stempel van het instituut/de medewerker