PMU Praktijk

*Noël Schilder*

*Specialist in Permanente Make Up Informed Consent*

De keuze om permanente make-up te laten aanbrengen heb ik weloverwogen en uit vrije wil genomen.

**Ik ben mij bewust van het feit dat:**

Als gevolg van permanente make-up infecties kunnen ontstaan door ONVOLDOENDE of ONJUISTE hygiëne na de behandeling.

Permanente make-up een behandeling is die een paar jaar blijft zitten.

Heel soms allergieën voorkomen.

**De onderstaande informatie is beroepsgeheim en zal zo ook behandeld worden. Het zal niet met derden gedeeld worden.**

**Lichamelijke gezondheid:**

 Ik heb diabetes (suikerziekte) ja/nee

 Ik ben drager van Hepatitis A,B,C,D,E,F ja/nee

 Ik heb HIV ja/nee

 Ik heb een allergie (latex – lidocaïne – metalen) ja/nee

 Ik heb een auto immuunstoornis ja/nee

 Ik ben zwanger/kan zwanger zijn ja/nee

 Ik heb een gestoorde wondgenezing (o.a. keloïd) ja/nee

 Ik gebruik op dit moment antistollingsmiddelen /bloedverdunners ja/nee

 Ik onderga binnenkort een plastisch chirurgische ingreep ja/nee

 Ik draag het herpes virus ja/nee

 Ik heb ooit last gehad van eczeem of psoriasis in het gelaat ja/nee

 Ik heb last van Hemofilie ja/nee

 Ik heb last van hart- en vaatziektes en / of afwijkingen ja/nee

 Ik heb epilepsie

Ik heb de afgelopen 24 uur alcohol of drugs gebruikt ja/nee

 Ik gebruik dagelijks medicatie ja/nee welke?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ik ga akkoord met het nemen van voor-en na foto’s voor advertentie doeleinden ja/nee

en hiermee doe ik afstand van al mijn rechten.

**Ik krijg na de behandeling een formulier mee waarop de nazorg instructies vermeld staan.**

Ik bevestig dat ik alle bovenstaande informatie duidelijk heb gelezen en naar waarheid heb ingevuld ja/nee

Ik heb een duidelijk antwoord gekregen op al mijn vragen ja/nee

De behandelingsprocedure en nazorg is uitgelegd aan mij en ik ga hiermee akkoord ja/nee

Naam:……………………………………………………………

Geboortedatum:…………………………………...

Emailadres:…………………………………………………………….

Tel.:……………………………………….….

Handtekening:…………………………….:…………………………..Datum:……………………………………….