

Permanente make-up Toestemmingsformulier

ONDERGETEKENDE (naam).....

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 PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Ik heb schriftelijke instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU.
- 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 PMU te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

IK LEID WEL/NIET AAN ENIGE VORM VAN:

	Ja	Nee
Hemofilie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische huidziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contactallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immuunstoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hart en vaatafwijkingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Het aanbrengen van permanente make-up wordt sterk afgeraden als één of meerdere keren "wel" van toepassing is.

PERSOONSgegevens:

Naam:

Adres: Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Datum: