BEAUTY BLUE

TOESTEMMINGSFORMULIER PERMANENTE MAKE-UP (PMU)

Naam Behandelaar: Kirsten Heemskerk

1. Persoonsgegevens klant

Naam en achternaam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: .....

E-mailadres: .....

2. Behandeling

Welke behandeling wordt uitgevoerd?

☐ Wenkbrauwen powder brows
☐ Eyeliner
☐ Lippen
☐ Bijwerking / touch-up
☐ Anders: .....

Datum behandeling: .....

3. Gezondheid en medische gegevens

Beantwoord de volgende vragen eerlijk. Dit is belangrijk voor jouw veiligheid en het resultaat van de behandeling.

- Ben je zwanger of geef je borstvoeding? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je diabetes? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je een bloedstollingsstoornis of gebruik je bloedverdunnende medicatie? ☐ Ja ☐ Nee
- Gebruik je medicatie die invloed kan hebben op de huid of wondgenezing? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je allergieën, bijvoorbeeld voor pigmenten, latex, verdovende middelen of cosmetica? ☐ Ja ☐ Nee

- Heb je een huidziekte, actieve huidirritatie, eczeem, psoriasis of een infectie op de behandelzone? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je aanleg voor keloïdvorming of afwijkende littekenvorming? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je eerder permanente make-up of een andere behandeling op deze plek gehad? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je recent fillers, botox, peelings, laserbehandelingen of andere cosmetische behandelingen gehad? ☐ Ja ☐ Nee
- Heb je herpes (koortslip), met name bij een lipbehandeling? ☐ Ja ☐ Nee / Niet van toepassing

Indien je één of meer vragen met 'ja' hebt beantwoord, geef dan hieronder een toelichting:

.....

De behandelaar kan om aanvullende informatie vragen of de behandeling uitstellen wanneer dit voor de veiligheid noodzakelijk is. Bespreek medische twijfel zo nodig met je arts.

4. Verklaring en toestemming

Hierbij verklaar ik het volgende:

☐ Ik kies bewust voor **natuurlijk gezette permanente make-up**, waarbij wordt gestreefd naar een verzorgd en natuurlijk ogend resultaat.

☐ Ik begrijp dat permanente make-up bedoeld is om mijn natuurlijke kenmerken te accentueren en niet hetzelfde effect geeft als volledig aangebrachte make-up.

☐ Ik naar waarheid informatie heb verstrekt over mijn gezondheid en medicatie.

☐ Ik ben geïnformeerd over de behandeling, de werkwijze en de mogelijke risico's.

☐ Ik begrijp dat mogelijke risico's onder andere roodheid, zwelling, gevoeligheid, korstvorming, infectie, allergische reacties, pigmentverandering, littekenvorming en een ongelijkmatig resultaat kunnen zijn.

☐ Ik begrijp dat het uiteindelijke resultaat afhankelijk is van onder andere mijn huidtype, genezing, nazorg en eventuele eerdere behandelingen.

☐ Ik begrijp dat het pigment tijdens het genezingsproces van kleur en intensiteit kan veranderen en dat een nabehandeling nodig kan zijn.

☐ Ik heb uitleg gekregen over de nazorginstructies en zal deze zorgvuldig opvolgen.

☐ Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord.

☐ Ik geef vrijwillig toestemming voor het uitvoeren van de hierboven aangekruiste behandeling.

5. Nazorg en eigen verantwoordelijkheid

Ik begrijp dat ik de nazorginstructies moet opvolgen en contact moet opnemen met de salon bij vragen of onverwachte klachten. Bij tekenen van een ernstige infectie of een andere medische complicatie zal ik tijdig medische hulp inschakelen.

6. Foto’s en privacy

Gebruik van foto’s

☐ Ik geef toestemming voor het maken van foto’s voor het behandeldossier.

☐ Ik geef afzonderlijk toestemming voor het gebruik van herkenbare of niet-herkenbare foto’s voor sociale media, de website of promotionele doeleinden.

☐ Ik geef geen toestemming voor publicatie van foto’s.

Privacyverklaring

Ik ben geïnformeerd dat mijn persoonsgegevens worden verwerkt voor zover dat nodig is voor de behandeling, administratie en eventuele wettelijke verplichtingen. Medische gegevens worden vertrouwelijk behandeld en alleen verwerkt voor zover daarvoor een geldige wettelijke grondslag bestaat.

7. Ondertekening

Ik bevestig dat ik dit formulier heb gelezen, begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Ik heb toestemming gegeven voor de hierboven aangekruiste behandeling.

Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening klant: .....

Handtekening behandelaar: .....