

INTAKE FORMULIER volgens normen Kerngroep Ontharen

Naam ;	Voorletter ;
Geboortedatum ;	M / V ;
Straat en nummer ;	Telefoonnummer ;
Postcode ;	Email adres ;
Woonplaats ;	Verzekering ;

Eerdere behandelmethode;

Scheren / Harsen / Elektrisch ontharen / Ontharingscrème / Epileer apparaat / Epilatie

Het te behandelen lichaamsdeel:

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bovenlip | <input type="checkbox"/> Gelaat | <input type="checkbox"/> Handen | <input type="checkbox"/> Onderbenen |
| <input type="checkbox"/> Onderlip | <input type="checkbox"/> Bikinilijn standaard | <input type="checkbox"/> Voeten | <input type="checkbox"/> Bovenbenen |
| <input type="checkbox"/> Wangen | <input type="checkbox"/> Bikinilijn uitgebreid | <input type="checkbox"/> Oksels | <input type="checkbox"/> Onderarm |
| <input type="checkbox"/> Tussen de wenkbrauwen | <input type="checkbox"/> Nek | <input type="checkbox"/> Schouders | <input type="checkbox"/> Bovenarm |
| <input type="checkbox"/> Kin | <input type="checkbox"/> Buikstrip | <input type="checkbox"/> Borst | <input type="checkbox"/> Billen |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Buik | <input type="checkbox"/> Rug | <input type="checkbox"/> Knie |

Anders, te weten _____

Lijdt u of heeft u geleden aan één of meer van de volgende ziektebeelden?

- Aandoening aan de (bij)nieren
- Allergieën, zoals lichtovergevoeligheid of histamine reacties
- Bloed- of stollingsziekten, zoals trombose
- Endocrinologische ziekten, zoals diabetes
- Hartziekten, zoals ook een hoge bloeddruk
- Huid- en/of geslachtsziekten, zoals herpes, psoriasis of eczeem, keloïd
- Kanker of huidtumoren
- Immunoziekten, zoals een verminderd immuunsysteem
- Infectieziekten of ontstekingen
- Spataderen of andere vaatproblemen
- Verstoorde hormoonhuishouding, bijv. een verlaagd oestrogeen gehalte, verhoogd androgeen
- Ziekten van het zenuwstelsel, zoals epilepsie Nee Ja, namelijk.....
- Lijdt u of heeft u geleden aan enig andere aandoening? Nee
- Ja, namelijk _____

Gebruikt u of heeft u medicijnen gebruikt, de anticonceptiepil, anti boitica en overmatig gebruik van aspirine inbegrepen?

Nee Ja, namelijk _____

Heeft u een pacemaker, implantaten, prothesen of andere lichaamsvreemde zaken?

Nee Ja, namelijk _____

Gebruikt u vitamine preparaten?

Nee Ja, namelijk _____

Gebruikt u homeopathische middelen of kruidextracten, zoals sint-janskruid, tea tree?

Nee Ja, namelijk _____

Wordt u regelmatig blootgesteld aan zonlicht, zonnebank of gebruikt u bruinings producten?

Nee Ja, namelijk _____

Heeft u permanente make-up of een tatoeage?

Nee Ja, namelijk _____

Heeft uw huid onregelmatigheden in structuur of pigment, zoals pigmentvlekken?

Nee Ja, namelijk _____

Ondergaat u behandelingen, die uw huid gevoeliger maken, zoals harsen?

Nee Ja, namelijk _____

Bent u zwanger?

Nee Ja

Hoelang is de (over)behaving al aanwezig en wanneer is deze ontstaan?

Welk huidtype past het best bij u ?

Huidtype I ; Zonverbrandt zeer snel en wordt niet bruin

Huidtype II ; Zonverbrandt redelijk snel en wordt slechts langzaam bruin. Blijft dan ook gevoelig voor zonverbranding.

Huidtype III; Wordt gemakkelijk bruin, kan in het begin van zomerseizoen bij te lang zonnen wel verbranden, echter na bruining vrijwel niet meer.

Huidtype IV; Verbrandt bijna nooit en bruint zeer goed. Meestal van nature een bruine huid.

Huidtype V ; een zuid europees type, verbrandt nooit.

Huidtype VI; een negroïde huid.

Hierbij verklaar ik bovenstaande vragen volledig en naar waarheid te hebben ingevuld en elke verandering in deze gegevens, bij de eerstvolgende behandeling, aan de specialist te zullen medelen.

Plaats, _____

Handtekening cliënt _____

Datum, _____