

Toestemmingsformulier Haarrestauratie (PRP / Transplantatie)

Geïnformeerde toestemming voor haarrestauratiebehandelingen, inclusief PRP-scalp-injecties, microneedling en follikelextractieprocedures

Klantgegevens

Voornaam *

Achternaam *

E-mailadres *

Telefoonnummer *

Geboortedatum *

DD / MM / JJJJ

Behandelingsgegevens

Behandeling *

- | | |
|--|---|
| ☐ PRP scalp-injecties | ☐ PRP met microneedling |
| ☐ Folliculaire-eenheid-extractie (FUE) transplantatie | ☐ FUE wenkbrauw-/baardtransplantatie |
| ☐ Exosoom- of groeifactortherapie | ☐ Overige |

Gebieden *

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ Kruin | ☐ Haargrens / Slapen | ☐ Diffuus dunner wordend haar |
| ☐ Wenkbrauwen | ☐ Baard | ☐ Littekenbedekking |

Hoe lang merkt u al haaruitval op? *

- ☐ Minder dan 1 jaar ☐ 1-5 jaar ☐ Meer dan 5 jaar

Heeft een arts de oorzaak van uw haaruitval gediagnosticeerd? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Tot nu toe geprobeerde behandelingen (minoxidil, finasteride, supplementen, eerdere PRP of transplantatie)

Medische geschiedenis

Bent u zwanger, probeert u zwanger te worden, of borstvoeding? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Hebt u een van de volgende aandoeningen?

- ☐ Auto-immuunziekte (lupus, RA, MS, enz.)
- ☐ Stollingsziekte of bloedverdunners
- ☐ Diabetes
- ☐ Voorgeschiedenis van keloïde of hypertrofische littekenvorming
- ☐ Kanker (actueel of in de afgelopen 5 jaar)
- ☐ Immuunsuppressie / immuunstoornis
- ☐ Geen van bovenstaande

Hebt u een actieve scalp-infectie, psoriasis, folliculitis of open wonden? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Hebt u alopecia areata, litteken-alopecia, of een auto-immuunhaaraandoening? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Hebt u een bloedplaatjes- of bloedstoornis, of gebruikt u anticoagulantia? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Hebt u in de afgelopen 6 maanden isotreroïne (Accutane) gebruikt? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Rookt of vapt u nicotine? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Bent u zwanger of borstvoeding? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Huidige medicijnen en supplementen

Allergieën (medicijnen, latex, lidocaïne, anesthetica)

Risico's en complicaties

Mogelijke risico's en complicaties:

- Scalptijndheid, zwelling en blauwe plekken gedurende enkele dagen; zwelling van het voorhoofd na behandeling van de haargrens
- Bloeding op injectie- of extractieplaatsen
- Infectie of folliculitis
- Tijdelijk haaruitval van bestaand haar (shock loss) 2-8 weken na behandeling, meestal hersteld
- Gevoelloosheid of veranderde sensatie van de scalp, meestal tijdelijk
- Kleine stipnarben in het donorgebied na FUE; zichtbare verdunning van het donorgebied bij over-harvesting
- Slechte graft-overleving, onnatuurlijke haargrens of ongelijke dichtheid waarvoor verdere sessies nodig zijn
- Cysten of ingroeierende haren op graft-plaatsen
- Geen respons — PRP-resultaten variëren en vereisen een reeks van 3-4 sessies plus onderhoud; haaruitval gaat door in onbehandelde gebieden

Resultaten worden zichtbaar na 3-6 maanden (PRP) of 9-12 maanden (transplantatie).

Ik begrijp dat haarrestauratieresultaten gradueel zijn, variëren tussen individuen, mogelijk een reeks behandelingen en doorlopende medische therapie vereisen, en dat geen specifieke dichtheid of bedekking is gegarandeerd.

Ik begrijp dat resultaten variëren en maanden duren: _____

Ik begrijp de risico's van bloeding, infectie, shock loss, littekenvorming, gevoelloosheid en slechte graft-overleving, en ik heb alle medicijnen, scalp-aandoeningen en nicotinegebruik opgebiecht.

Ik begrijp de chirurgische en injectierisico's: _____

Fotovrijgiving

Mogen we foto's maken voor- en nadien voor uw behandelingsverslag? *

- ☐ Ja — uitsluitend voor mijn medische verslag
- ☐ Ja — en u mag deze anoniem gebruiken voor marketing
- ☐ Nee

Behandelingslogboek

Alleen voor intern gebruik

	Datum	Gebied	Behandeling / Grafts / Volume	Opmerkingen
Vermelding 1				
Vermelding 2				
Vermelding 3				
Vermelding 4				
Vermelding 5				
Vermelding 6				

Toestemming en handtekening

Ik stem vrijwillig in met de hierboven geselecteerde haarrestauratiebehandeling. Ik ben geïnformeerd over de voordelen, risico's, alternatieven (inclusief medische therapie en geen behandeling) en mogelijke complicaties. Ik begrijp dat dit een elektieve ingreep is en dat geen garantie voor het resultaat is gegeven. Ik onthef de provider en praktijk van aansprakelijkheid met betrekking tot deze behandeling, behalve in geval van nalatigheid.

Ik bevestig dat ik bovenstaande informatie heb gelezen en begrepen en geef mijn geïnformeerde toestemming.

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen: _____

Handtekening

Datum

Naam in blokletters

Datum *

DD / MM / JJJJ

Dit formulier is gratis beschikbaar gesteld door Consentify

Consentify zet formulieren zoals deze om in digitale toestemming die uw cliënten via QR-code op hun eigen telefoon ondertekenen — met automatische PDF's, contraïndicatiemarkeringen en versleutelde opslag. Gratis abonnement beschikbaar op <https://getconsentify.com>.

Alleen een sjabloon. Raadpleeg uw eigen erkende beroepsbeoefenaar of juridisch adviseur voordat u deze gebruikt; vereisten verschillen per rechtsmacht en praktijk.