

Uitgebreide Patiëntenevaluatie

Volledig patiënteninname formulier met demografische gegevens, medische geschiedenis, medicijnen en allergieën voor patiënten van medische spa's

Klantgegevens

Voornaam *

Achternaam *

E-mailadres *

Telefoonnummer *

Geboortedatum *

DD / MM / JJJJ

Demografische Gegevens

Geslacht *

☐ Vrouw

☐ Man

☐ Non-binair

☐ Liever niet zeggen

Huisadres *

Stad *

Provincie *

Postcode *

Naam Noodcontactpersoon *

Telefoonnummer Noodcontactpersoon *

Medische Geschiedenis

Heeft u of hebt u ooit een van de volgende aandoeningen gehad?

☐ Autoimmuunziekte (lupus, reumatoïde artritis, enz.)

☐ Bloedings- of stollingsaandoening

☐ Diabetes (type 1 of type 2)

☐ Hartziekte of hartaandoening

☐ Hoge bloeddruk

☐ Schildklier-aandoening

☐ Epilepsie / Epileptische aanvallen

☐ Hepatitis B of C

☐ HIV / AIDS

☐ Kanker (huidig of in verleden)

☐ Neiging tot keloïde littekenvorming

☐ Huidaandoening (eczeem, psoriasis, rosacea)

☐ Koortslip / Herpes simplex

☐ Geen van bovengenoemde

Indien ja op een van bovenstaande punten, geef alstublieft details

Bent u momenteel zwanger of borstvoeding gevend? *

☐ Ja ☐ Nee ☐ Onzeker

Hebt u in de afgelopen 12 maanden een van de volgende behandelingen ondergaan?

☐ Botox / Neurotoxine-injecties ☐ Dermale vullingen ☐ Chemische peeling
☐ Laserbehandeling ☐ Microneedling ☐ Gezichtschirurgie
☐ Geen van bovengenoemde

Huidige Medicijnen en Allergieën

Geef een overzicht van alle huidige medicijnen (inclusief supplementen en vitamines)

Gebruikt u momenteel bloedverdunners (aspirine, warfarine, ibuprofen, enz.)? *

☐ Ja ☐ Nee

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

☐ Ja ☐ Nee

Geef alle bekende allergieën (medicijnen, latex, voedsel, enz.) *

Hebt u ooit een allergische reactie gehad op lokale anesthesie (bijv. lidocaïne)? *

☐ Ja ☐ Nee

Huidige Huidverzorging

Hoe zou u uw huidtype beschrijven? *

☐ Droog ☐ Vet ☐ Gecombineerd
☐ Gevoelig ☐ Normaal

Geef uw huidige huidverzorgingsproducten op

Wat zijn uw belangrijkste behandelingsdoelen? *

Toestemming en Handtekening

Ik verklaar dat de hierboven verstrekte informatie naar mijn beste weten volledig en juist is. Ik begrijp dat het weglaten of verstrekken van onjuiste informatie van invloed kan zijn op mijn behandelplan en resultaten. Ik stem ermee in dat ik de kliniek op de hoogte stel van wijzigingen in mijn gezondheid of medicijnen.

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

Ik heb de 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.