



**Anamnese formulier  
Cosmetische behandeling**

**Naam:** ..... **Adres:** ..... **Postcode:** .....

**Plaatsnaam:** ..... **Telefoonnummer:** .....

**Geboortedatum:** ..... / ..... / ..... **Email:** .....

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. voelt u zich momenteel gezond?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| <b>2. lijdt u aan een van de volgende aandoeningen:</b>                          |                          |                          |
| • koortslip  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • suikerziekte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • actieve acne of andere huidaandoeningen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • chronische infecties (bv. steenpuisten)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • auto-immuunziekten (bv. reuma, schildklier- of darmziekten)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • neurologische aandoeningen (bv. MS of spierziekten)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. gebruikt u momenteel:</b>  |                          |                          |
| • antibiotica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • corticosteroiden (bv. prednison of asthmapufjes)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • bloedverdunners/NSAID's (aspirine, sintrom, diclofenac, brufen, voltaren enz.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • andere geneesmiddelen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| <b>4. lijdt u aan allergieën</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. bent u onder behandeling van huisarts of medisch specialist?</b>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| <b>6. bent u zwanger of geeft u borstvoeding?</b>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7. rookt u?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. hebt u een operatie (bv. facelift) in het gezicht ondergaan?</b>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9. hebt u een recente tetanus (DTP/DKTP) injectie gekregen?</b>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. bent u eerder met een tijdelijk of permanent product behandeld?</b>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zo ja, wanneer, met welk product en in welk gebied?                            |                          |                          |
| .....  |                          |                          |
| <b>11. is er nog iets anders wat uw behandelaar zou moeten weten?</b>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| <b>12. BMRO/MRSA screening, alle 5 vragen. Is er 1 vraag positief?</b>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. bent u op de hoogte gesteld dat voldaan wordt aan de AVG wet?</b>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Datum:** .....

**Handtekening:** .....