

Intakeformulier Laserontharing



Persoonlijke Informatie:

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Contactgegevens:

E-mail:

Telefoonnummer:

Adres:

Gezondheidsinformatie:

Heeft u bestaande medische aandoeningen? Zo ja, specificieer:

Gebruikt u momenteel medicatie? Zo ja, geef details:

Heeft u allergieën? Zo ja, specificieer:

Heeft u ooit gereageerd op laserbehandeling of huidverzorgingsproducten? Zo ja, beschrijf:

Geschiedenis Laserontharing:

Heeft u eerder laserontharingsbehandelingen gehad? Zo ja, geef details:

Ondergaat u momenteel andere cosmetische ingrepen of huidverzorgingsbehandelingen? Zo ja, specificieer:

Medische Geschiedenis:

Geef a.u.b. een lijst van eerdere chirurgische ingrepen of medische procedures:

Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?

Toestemming en Overeenkomst:

Ik begrijp en ga akkoord met de voorwaarden van de laserontharingsprocedure, inclusief mogelijke risico's en bijwerkingen.

☒ Ja, ik ga akkoord.

Ik bevestig dat de verstrekte informatie in dit formulier accuraat en volledig is naar mijn beste weten.

☒ Ja, ik bevestig.

Aanvullende Opmerkingen:

Is er nog iets dat u wilt delen met de laser-technicus of specifieke zorgen die u heeft?