

Consultatieformulier voor Esthetische Behandelingen – kavitatie, radiofrequentie, vacuümtherapie, maderotherapie

Klantgegevens:

- Naam en Achternaam:
- Leeftijd:
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:

Medische Gegevens:

1. **Heeft u allergieën voor cosmetische producten of materialen?** (ja/nee)
Indien ja, geef aan welke:
2. **Heeft u chronische aandoeningen (zoals diabetes, hoge bloeddruk)?** (ja/nee)
Indien ja, geef aan welke:
3. **Gebruikt u medicijnen op recept of zonder recept?** (ja/nee)
Indien ja, geef aan welke:
4. **Heeft u een pacemaker of andere elektronische apparaten geïmplantéerd?** (ja/nee)
Indien ja, geef details:
5. **Heeft u metalen implantaten of protheses?** (ja/nee)
Indien ja, geef aan welke:
6. **Bent u op dit moment zwanger of geeft u borstvoeding?** (ja/nee)
Indien ja, geef details:
7. **Heeft u problemen met bloedstolling of gebruikt u anticoagulantia?** (ja/nee)
Indien ja, geef details:
8. **Heeft u huidaandoeningen of gevoeligheid voor cosmetische behandelingen?**
(ja/nee)
Indien ja, geef aan welke:

9. **Heeft u in de afgelopen 6 maanden een chirurgische ingreep ondergaan?** (ja/nee)

Indien ja, geef details:

10. **Heeft u eerder een van de volgende behandelingen gehad: kavitatie, radiofrequentie, vacuümtherapie, maderotherapie?** (ja/nee)

Indien ja, geef aan welke behandeling(en) en wanneer:

11. **Heeft u andere medische of fysieke beperkingen die moeten worden overwogen?**

Indien ja, geef aan welke:

Informatie over de Behandelingen:

- De gekozen behandeling(en) omvatten kavitatie, radiofrequentie, vacuümtherapie en maderotherapie. Voorafgaand aan de behandeling(en) is het belangrijk om het volgende te begrijpen:
 - Elke behandeling kan tijdelijke veranderingen veroorzaken, zoals roodheid, blauwe plekken of een warm gevoel.
 - De resultaten van de behandeling(en) kunnen variëren afhankelijk van de persoon.
 - Raadpleeg uw behandelaar voor meer informatie over de specifieke effecten en mogelijke risico's van elke behandeling.

Toestemming:

Ik verklaar hierbij dat alle verstrekte informatie juist en volledig is. Ik begrijp de aard van de gekozen behandeling(en) en ben op de hoogte van mogelijke bijwerkingen. Ik stem in met de uitvoering van de behandeling(en) op basis van de verstrekte informatie. Ik erken dat Relisse niet verantwoordelijk is voor eventuele gevolgen die voortvloeien uit onjuiste of onvolledige informatie.

Met mijn handtekening bevestig ik de juistheid van de gegevens.

Handtekening: _____

Datum: _____