

JOSÉ LAUWERS

*permanente make-up specialist,
medische pigmentatie & medisch pedicure*



TOESTEMMINGSFORMULIER

Ondergetekende, (naam).....,

verklaart hierbij het volgende:

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanente make-up.
- Ik ben geïnformeerd over de risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het aanbrengen van permanente make-up zoals infecties, littekenvorming en allergische reacties.
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van het materiaal voor PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Ik heb schriftelijk instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU.
- Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanente make-up te laten zetten.
- Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol en drugs.
- Ik weet dat het wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten wanneer ik antibiotica of antistollingsmiddelen gebruik. Bij het toch willen plaatsen van een PMU weet ik dat geadviseerd wordt een arts te raadplegen over de mogelijkheden.
- Ik weet dat ik 24 uur voorafgaand aan de behandeling geen bloedverdunnende middelen mag gebruiken die acetylsalicylzuur bevatten, zoals aspirine, acetosal, alkaseltzer en ascal. Tijdens het zetten van een PMU mag ik wel vrij verkrijgbare pijnstillers gebruiken zoals paracetamol of ibuprofen.
- Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Geef u alstublieft antwoord op de volgende vragen (doorhalen wat niet van toepassing is)

<i>Alleen van toepassing als u permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken:</i> - Ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst met mijn behandeld arts te bespreken.	<i>Ja / nee / n.v.t.</i>
<i>Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog;</i> - Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat het zetten van permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid.	<i>Ja / nee / n.v.t.</i>
- Ik lijd wel/niet aan enige vorm van: <ul style="list-style-type: none">• hemofilie• chronische huidziekte• contactallergie• diabetes• immuunstoornis• hart- en vaatafwijkingen	wel / niet wel / niet wel / niet wel / niet wel / niet wel / niet
- Ik weet dat een PMU sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren ‘wel’ heb ingevuld.	<i>ja / nee / n.v.t.</i>

Bij twijfel wordt er geen permanente make-up gezet. In de praktijk wordt gewerkt volgens de hygiënerichtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV). Zie verder de website www.veiligtatoeerenenpiercen.nl

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Nummer legitimatiebewijs klant:

Handtekening (*jonger dan 16 jaar, handtekening wettige vertegenwoordiger*)

Naam wettige vertegenwoordiger:

Nummer legitimatiebewijs wettige vertegenwoordiger:

Datum:

De klant ontvangt van de behandelaar een kopie van dit toestemmingsformulier. Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en alleen getoond aan de toezichhouders van de GGD en de NVWA.