

Intakeformulier Piercings & Permanente Make-up

Mae Beauty

Persoonsgegevens

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
E-mail:	

Gezondheidsvragen

Zwanger of borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bloedverdunners?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Diabetes, epilepsie of huidziekten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Allergieën (bijv. metalen, pigmenten, latex)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Infectieziekten of huidinfecties?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Overige medische bijzonderheden:	

Behandeling

Gewenste behandeling:	<input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Permanente make-up
Locatie / soort:	

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar dat ik alle vragen naar waarheid heb beantwoord en de nazorginstructies zal opvolgen. Ik ben geïnformeerd over de mogelijke risico's en complicaties van de behandeling en geef hierbij toestemming voor de uitvoering van de gekozen behandeling door Mae Beauty.

Plaats, datum:	
Handtekening:	