

Anamnese voor medisch cosmetische behandeling

Naam (dames: meisjesnaam!):					
Voorletters:		Geslacht:	m / v	Geb. datum:	

	Ja	Nee
1. Bent u momenteel gezond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lijdt u aan één van de volgende aandoeningen:		
- Terugkerende herpes (koortslip)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Actieve huidaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Auto-immuunziekten (bijv. SLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurologische aandoeningen (bijv. MS, facialis parese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gebruikt u momenteel:		
- Antibiotica (tetracycline, doxycycline of andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sint Janskruid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Corticosteroiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Roaccutane of tretinoïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- NSAID (bijv. diclofenac, voltaren, brufen, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bloedverdunners (bijv. aspirine, sintrom, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere geneesmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
4. Bent u allergisch (m.n. voor geneesmiddelen en lidocaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent u momenteel onder behandeling van huisarts of specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
6. Bent u momenteel zwanger of heeft u een zwangerschapswens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geeft u momenteel borstvoeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heeft u ooit een operatie (bijv. facelift) in het gezicht ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
10. Bent u eerder geïnjecteerd met een tijdelijk of permanent product?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
11. Heeft u een voorgeschiedenis van keloïde/hypertrofische littekens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heeft u de afgelopen periode in de zon gelegen of zonnebedden of bruiningscrèmes gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is er nog iets anders wat uw behandelaar zou moeten weten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

Datum: Handtekening: