

ANAMNESE VOOR MEDISCH ESTHETISCHE BEHANDELINGEN

Naam:	Geb. datum:
Voorletters:	Geslacht: M / V

1. Bent u momenteel gezond? JA / NEE
2. Lijdt u of heeft u geleden aan één van de volgende aandoeningen:
- Terugkerende herpes infecties (koortslip) JA / NEE
 - Hepatitis of AIDS of HIV-positief JA / NEE
 - Hemofilie of verhoogde bloedingsneiging JA / NEE
 - Huidaandoeningen (b.v. psoriasis, eczeem, (voorstadia van) huidkanker) JA / NEE
 - Suikerziekte of auto-immuunziekten (bijv. SLE) JA / NEE
 - Neurologische aandoeningen (bijv. MS, facialis parese, migraine) JA / NEE
3. Gebruikt u momenteel:
- Antibiotica (tetracycline, doxycycline of andere) JA / NEE
 - Sint Janskruid JA / NEE
 - Corticosteroiden JA / NEE
 - Roaccutane JA / NEE
 - Crème op recept (bv tretinoïne, hydrochinon, metronidazol) JA / NEE
 - NSAID (bijv. diclofenac, voltaren, brufen, enz.) JA / NEE
 - Bloedverdunners (bijv. aspirine, sintrom, enz.) JA / NEE
 - Andere geneesmiddelen JA / NEE
4. Bent u allergisch (m.n. voor geneesmiddelen en lidocaine)? JA / NEE
5. Bent u momenteel onder behandeling van huisarts of specialist? JA / NEE
6. Bent u momenteel zwanger, geeft u borstvoeding of heeft u een zwangerschapswens? JA / NEE
7. Rookt u? JA / NEE
8. Hebt u ooit een operatie (bijv. facelift) in het gezicht ondergaan?..... JA / NEE
9. Bent u eerder geïnjecteerd met een tijdelijk of permanent product? JA / NEE
-
10. Heeft u een gestoorde wondgenezing of afwijkende littekenvorming? JA / NEE
11. Heeft u recent in de zon gelegen, zonnebank of bruiningscrème gebruikt? JA / NEE
12. Is er nog iets anders wat uw behandelaar zou moeten weten JA / NEE
-

Datum _____

Handtekening klant _____