



SKINCLEAR SOLUTIONS
VERWIJDER HET ONGEWENSTE, VERFIJN HET ESSENTIELE

Gezondheidsverklaring Laserbehandeling

SkinClear Solutions

Deze gezondheidsverklaring is bedoeld om na te gaan of er medische redenen zijn waarom u mogelijk geen laserbehandeling met de Pico Laser of Diode Ice Laser zou mogen ondergaan. Beantwoord de onderstaande vragen alstublieft eerlijk door het juiste vakje aan te kruisen. Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld.

Gezondheidsvragen

(aanvinken wat van toepassing is)

Vraag	Ja	Nee
1. Heeft u momenteel een huidaandoening of infectie op het te behandelen gebied?	☐	☐
2. Heeft u een voorgeschiedenis van huidkanker of bent u de afgelopen 5 jaar hiervoor onder behandeling geweest?	☐	☐
3. Heeft u diabetes (suikerziekte)?	☐	☐
4. Heeft u herpes (bijv. koortslip of genitale herpes)?	☐	☐
5. Heeft u hemofilie of een andere bloedstollingsstoornis?	☐	☐
6. Heeft u allergieën (bijv. medicijnen, pleisters, warmte of licht)?	☐	☐
7. Heeft u hartafwijkingen of een hartziekte?	☐	☐
8. Heeft u nieraandoeningen?	☐	☐
9. Heeft u een (auto-)immuunziekte of andere chronische aandoening?	☐	☐
10. Heeft u eerder plastische chirurgie ondergaan op of nabij het te behandelen gebied?	☐	☐
11. Heeft u last van verstoorde wondgenezing of overmatige littekenvorming (zoals keloiden)?	☐	☐
12. Gebruikt u medicijnen die de huidgevoeligheid verhogen (zoals antibiotica, isotretinoïne)?	☐	☐

Vraag	Ja	Nee
13. Gebruikt u bloedverdunners of medicijnen voor trombose of vaatproblemen?	☐	☐
14. Heeft u ernstige vaatverwijding (spataderen, couperose)?	☐	☐
15. Heeft u Botox, fillers of (semi-)permanente huidverdikkers laten inspuiten?	☐	☐
16. Heeft u epilepsie of andere neurologische aandoeningen?	☐	☐
17. Heeft u recent een chemische peeling of andere intensieve huidbehandeling ondergaan?	☐	☐
18. Heeft u metalen implantaten of pacemakers in het te behandelen gebied?	☐	☐
19. Heeft u in de afgelopen vier weken gebruik gemaakt van zonnebanken of langdurige blootstelling aan zonlicht gehad?	☐	☐
20. Rookt u?	☐	☐
21. Zijn er andere medische aandoeningen of omstandigheden waarvan wij op de hoogte moeten zijn?	☐	☐

Ik weet dat laserbehandeling sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vragen één of meerdere keren met JA heb ingevuld. Ja/Nee

Ondertekening cliënt

Naam: _____ Datum: _____

Handtekening: _____

Dit formulier wordt door SkinClear Solutions vertrouwelijk behandeld volgens de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)