

GEZONDHEIDSVERKLARING VOOR BEHANDELING MET BOTULINETOXINE OF HYALORONZUUR

Naam: Datum:
 Geboortedatum: Man / Vrouw Telefoon vast:
 Adres:
 Postcode: Woonplaats:
 Emailadres : Mobiel:

GEZONDHEIDSTOESTAND

Doorhalen wat niet van toepassing is:

Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag? Ja / Nee
 Drinkt u? Zo ja, hoeveel glazen per week? Ja / Nee
 Bent u in het afgelopen half jaar of momenteel in behandeling bij een huisarts of specialist? Ja / Nee
 Indien ja, voor welke klachten?
 Heeft u last van pigmentstoornissen? Ja / Nee
 Heeft u last van een herpes infectie, koortslip, psoriasis of huidkanker? Ja / Nee
 Ontwikkelt u snel hypertrofische littekens? (dikke/rode littekens die jeuken of pijn doen) Ja / Nee
 Heeft u iemand in uw familie met een (erfelijke) spierziekte (Bijv. MS of ALS)? Ja / Nee
 Indien ja, welke?
 Heeft u last van een infectieziekte of auto-immuun aandoening? Ja / Nee
 Heeft u suikerziekte? Ja / Nee
 Gebruikt u medicijnen? (Bijv. bloedverduunners, antidepressiva, ADHD of anders) Ja / Nee
 Zo ja, welke en in welke dosering?
 Heeft u ooit problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Ja / Nee
 Zo ja, welke?
 Heeft u regelmatig last van neusbloedingen, blauwe plakken of stollingsafwijkingen? Ja / Nee
 Heeft u een auto-immuunziekte (SLE, reuma)? Ja / Nee
 Bent u overgevoelig voor lokale verdoving? Ja / Nee
 Heeft u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige
 of medische materialen, zwangerschap/borstvoeding of iets anders? Ja / Nee
 Bent u bekend met MRSA/BRMO en bent u de afgelopen 2 weken opgenomen
 geweest in een buitenlands ziekenhuis Ja / Nee
 Bent u in verwachting? Ja / Nee
 Heeft u eerder cosmetische of plastische behandelingen gehad? Ja / Nee
 Heeft u zich ooit laten behandelen met permanente injectables? Ja / Nee
 Bent u gevaccineerd tegen corona? Zo ja, met welk merk? Ja / Nee

Ik verklaar deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam patiënt: Datum:

Handtekening: