



BROW | LASH | FACE STUDIO

WHEN YOU LOOK GOOD, YOU FEEL GOOD

## TOESTEMMINGS- & GEZONDHEIDSVERKLARING PERMANENTE MAKE-UP

Gelieve dit formulier ingevuld en ondertekend te mailen naar [contact@blfstudio.com](mailto:contact@blfstudio.com) of mee te nemen naar je afspraak.

**Naam klant:**

**Geboortedatum:**

**Adres:**

**Postcode + plaats:**

**Telefoonnummer:**

**E-mail:**

**Behandeltype (wenkbrauwen / eyeliner / lippen / anders):**

**Datum behandeling:**

**Naam behandelaar:** Lotte Veenbrink

### 1. Verklaring gezondheid en risico's

Ik verklaar hierbij dat ik de onderstaande vragen eerlijk en volledig heb beantwoord. Ik begrijp dat de behandeling van permanente make-up onder meer de volgende risico's met zich mee kan brengen: infectie, zwelling, allergische reacties, pigmentverlies of -verandering, littekenvorming.

#### A. Medische/gezondheidsvragen (graag 'ja' of 'nee' invullen):

1. Ik gebruik op dit moment bloedverdunners, antistolling of medicatie die de bloeding of wondgenezing beïnvloedt?  Ja  Nee
2. Ik heb een bekende allergie voor pigmentstoffen, latex, nikkel, lidocaïne of andere relevante stoffen?  Ja  Nee
3. Ik heb huidproblemen op de beoogde behandellocatie (zoals eczeem, psoriasis, actieve huiduitslag, koortslip, ontsteking, oogaandoeningen)?  Ja  Nee
4. Ik heb de laatste 6 maanden een laser-, peeling-, micro-needling of andere intensive huidbehandeling gehad op of in de buurt van de te behandelen zone?  Ja  Nee
5. Ik heb in het afgelopen jaar chemo, bestraling of plastische chirurgie ondergaan op of nabij de te behandelen zone?  Ja  Nee
6. Ik ben zwanger of ik geef borstvoeding?  Ja  Nee
7. Ik heb een chronische aandoening (zoals diabetes, hemofilie, hart-/vaatziekte, immunodeficiëntie, HIV of gebruik ik medicatie daarvoor?  Ja  Nee
8. Ik ben op dit moment onder invloed van alcohol, drugs of andere middelen die mijn oordeel kunnen beïnvloeden?  Ja  Nee
9. Ben je op het moment van de behandeling onder invloed van alcohol, drugs of andere stoffen die je beleving, vrije wil en oordeelsvermogen kunnen beïnvloeden? (Behandeling kan niet doorgaan bij ja).  Ja  Nee

**Als je bij één of meerdere van bovenstaande vragen 'Ja' heeft ingevuld, bespreek dan vóór de behandeling met de behandelaar of toestemming van je huisarts vereist is.**

## 2. Voorlichting

Ik verklaar dat ik de voorlichting heb gekregen over:

- De aard van de behandeling, het te behandelen gebied en het beoogde resultaat.
- De mogelijke complicaties, risico's, wondgenezing en het feit dat het resultaat kan variëren.
- De vóór en nazorginstructies en dat ik deze heb gelezen, begrijp en me hieraan zal houden. (Het nazorg document is in te zien via [www.blfstudio.com/documenten](http://www.blfstudio.com/documenten))
- Het feit dat tijdens de behandeling de huid wordt geopend en er hygiënisch gewerkt moet worden volgens de norm NEN-EN 17169.
- Dat ik vrij ben in mijn toestemming en deze op elk moment kan intrekken vóór de behandeling.

---

## 3. Toestemming

Ik geef hierbij toestemming aan BLF Studio en de genoemde behandelaar de behandeling uit te voeren zoals hierboven omschreven. Ik bevestig dat ik niet onder invloed ben zoals vermeld bij 1.8 en dat ik volledig en naar waarheid de gezondheidsvragen heb ingevuld. Ik begrijp dat als mijn gezondheidssituatie verandert (bijv. medicatiegebruik, huidtoestand) vóór een vervolgsessie, ik opnieuw een formulier dient in te vullen.

Ik ben geïnformeerd en ga akkoord.

---

## 4. Opslag en privacy

Ik begrijp dat BLF Studio dit ingevulde formulier vertrouwelijk bewaart in het cliëntdossier en dat het beschikbaar kan zijn voor inspectie door de GGD of bevoegde instanties indien wettelijk vereist.

---

## 5. Ondertekening

**Plaats:**

**Datum:**

**Handtekening cliënt:**

*(Indien meerdere sessies gepland zijn, geldt deze verklaring eveneens voor volgende sessies tenzij anders vermeld. Bij verandering in gezondheid/situatie dient een nieuw formulier ingevuld te worden.)*