



Toestemmingsformulier

Ondergetekende, (naam)

verklaart hierbij het volgende:

- o Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanente make-up.
- o Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van permanente make-up.
- o Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik van materiaal voor PMU bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- o Ik heb schriftelijke instructies ontvangen over de nazorg van mijn PMU.
- o Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanente make-up te laten zetten.
- o Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs.
- o Ik weet dat het wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt.
- o Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanente make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Geef u alstublieft antwoord op de volgende vragen (doorhalen wat niet van toepassing is):

Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatietitken:

- Ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst met mijn behandelend arts te bespreken.

ja / nee / n.v.t.

Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:

- Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat deze permanente make-up geen kwaad kan op mijn huid.

ja / nee / n.v.t.

- Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

- hemofilie - *wel/niet*
- chronische huidziekte - *wel/niet*
- contactallergie - *wel/niet*
- diabetes - *wel/niet*
- immuunstoornis - *wel/niet*
- hart en vaatafwijkingen - *wel/niet*

- Ik weet dat een PMU sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren 'wel' heb ingevuld.

ja / nee / n.v.t.

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Nummer legitimatiebewijs klant:

Handtekening (*jonger dan 16 jaar, handtekening wettige vertegenwoordiger*):

.....

Naam wettige vertegenwoordiger:

Nummer legitimatiebewijs wettige vertegenwoordiger:

Datum:

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en wordt alleen getoond aan de toezichhouders van de GGD en de NVWA.