

INTAKE FORMULIER



Datum De behandeling wordt uitgevoerd door

Naam

Adres

Geslacht Man - Vrouw Geboortedatum

Telefoonnummer Email-adres

Beroep/ opleiding Gezinssituatie Alleenstaand | Gehuwd | Gescheiden

Huisdokter Dermatoloog

Hoe heeft u kennis gekregen van deze behandeling? Advies schoonheidsspecialiste | Internet | Kennis |

Hoe tevreden bent u nu met uw huid? Zeer tevreden | tevreden | redelijk | ontevreden | zeer ontevreden

Wat stoort er u aan uw huid? Wat zou u graag willen verbeteren?

- ☐ Hyperpigmentatie
- ☐ Ouderdomsvlekken
- ☐ Fijne lijntjes & rimpels
- ☐ Littekens
- ☐ Acne / acnelittekens
- ☐ Zonneschade
- ☐ Vergrote poriën
- ☐ Andere:

Gebruikt u thuis producten om uw huid te verzorgen? Zo ja, wat is uw verzorgingsritueel?

's Morgens: Reiniging - Tonic - Serum - Oogverzorging - Dagcrème - SPF - Make-up

's Avonds: Reiniging - Tonic - Serum - Oogverzorging - Nachtcrème

Andere: Peeling - Masker -

Bent u tevreden over deze producten? Ja | Nee

Waarom?

Frequentie instituut behandeling?

Heeft u onlangs nog een chemische peeling, andere intensieve verzorging of ontharing gehad? Ja | Neen

Wat is uw verwachting van deze behandeling?

- ☐ Huidverbetering
- ☐ Anti-aging
- ☐ Andere

Levenswijze:

Hoe is uw hormonale toestand op dit moment? Zwanger of van plan | borstvoeding | menopauze | andere

.....

Bent u onder begeleiding bij een arts | psycholoog | andere Ja | Nee

Rookt u? Ja | Nee Zo ja, hoeveel?

.....

Hoe gaat u om met zonlicht, zonnebank? En op vakantie?

.....

Doet u aan sport? Frequentie? Specificeer. Binnen | Buiten

.....

Neemt u voldoende nachtrust? Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?

.....

Wat voor werk doet u? Binnen | buiten | dag | nacht | airco | stof | radiostraling | vervuiling | ... Specificeer.

.....

Hoe stressgevoelig zou u uzelf momenteel omschrijven? 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (1 zwak - 5 sterk)

.....

Heeft u de laatste 2 dagen nog alcohol of medicatie genuttigd? Zo ja, kunt u specificeren?

.....

Drinkt u koffie, thee, frisdrank, ...? Zo ja, hoeveel?

.....

Drinkt u water? Zo ja, hoeveel?

.....

Eet u gezond? Wat zijn u voedingsgewoonten?

.....

Volgt u een dieet? Zo ja, specificeer.

.....

Gebruikt u voedingssupplementen? Zo ja, welke.

.....

Gebruikt u medicijnen?

- ☐ Anti-biotica
- ☐ Hormonen (ook anti-conceptie)
- ☐ Cortisosteroïden (cortisone)
- ☐ Pijnstillers
- ☐ Anti-depressiva
- ☐ Bloedverdunners
- ☐ Vitamine A, roacutane
- ☐ Andere

Lijdt u aan

- ☐ Hartproblemen
- ☐ Epilepsie
- ☐ Diabetes
- ☐ Herpes
- ☐ Huidkanker
- ☐ Chemotherapie | bestraling
- ☐ Andere ziektes namelijk
- ☐ Hoge/lage bloeddruk
- ☐ Bloedstollingsstoornissen
- ☐ Huidziektes: rosacea | couperose | eczeem | psoriasis |
- ☐ Andere huidaandoeningen namelijk
- ☐ Actieve acné
- ☐ Littekenvorming (keloid)
- ☐ Allergieën namelijk
- ☐ Botox
- ☐ Fillers
- ☐ Face-lift
- ☐ Lenzen
- ☐ Metalen pinnen
- ☐

Huidanalyse:

Voelt uw huid strak en droog aan ?	Nooit	Soms	Regelmatig
Glanst uw huid na de reiniging?	Nooit	Soms	Regelmatig
Hoe vaak ervaar je mee-eters?	Nooit	Soms	Regelmatig
Hoe opvallend zijn je poriën?	Nooit	Soms	Regelmatig
Hoe is uw huidpigmentatie?	Even	Ongelijk	Moedervlek
Heeft u kapotte haarvaten?	Neus	Wangen	Voorhoofd
	Volledig gelaat	Andere	
Bloost u gemakkelijk	Ja	Nee	

Huidanalyse aan de hand van huidanalysetoestel of met de loupelamp.

Huideigenschappen:

.....

.....

.....

.....

.....

Huidtype	Droog normaal gemengd vet
Poriën	Klein normaal groot
Huidspanning	Slecht matig goed
Doorbloeding	Slecht matig goed
Reactiviteit	Slecht matig goed
Gevoeligheid	Overgevoelig gevoelig niet gevoelig
Huidtype	I II III IV V VI

Huidverzorgingsprogramma:

Graag stellen we samen met u een huidverzorgingsprogramma op om de best mogelijke resultaten te bekomen.

Behandeling in het salon

Salonbehandeling, frequentie, onderhoud, extra, ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Check-up:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thuisverzorgingsritueel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verplicht advies na behandeling:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ik bevestig kennis te hebben genomen met volgende punten:

- Zonnen of zonnebank kunnen het resultaat van de behandeling afzwakken en beïnvloeden. Zon of zonnebank dient geheel vermeden te worden tot minstens 7 dagen na elke behandeling
- Roken en levensstijl kunnen het resultaat van de behandeling afzwakken en beïnvloeden.
- Het resultaat enkel bekomen wordt door een combinatie van behandelingen en producten voor thuisgebruik.
- De vragenlijst naar waarheid is ingevuld.

Handtekening klant + datum