

Toestemmingsformulier

Ondergetekende, (naam)....., verklaart hierbij het volgende:

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

<i>Alleen van toepassing als u de permanente make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken:</i> - Ik weet dat het wordt aangeraden om PMU ter camouflage eerst met mijn behandelend arts te bespreken.	ja / nee / n.v.t.
<i>Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:</i> - 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.