

## Formulier ten behoeve van het intakegesprek voor een acne behandeling



d.d.        /        /

Intake: Acne

Naam : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Telefoon / mobiel : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_  
Huisarts / dermatoloog: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar/polisnr: \_\_\_\_\_

### Hoe lang en waardoor heeft u last van acne?

Vanaf pubertijd / Tijdens zwangerschap / Na zwangerschap / Menopauze \*

Anders t.w.: \_\_\_\_\_

Door medicijnen        ja / nee \*

Door ziekte                ja / nee \*

Eventueel andere oorzaken:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Komt acne in uw familie voor?                Ja / Nee \*

Is hier een onderzoek naar gedaan?                Ja / Nee \*

Bent u eerder onder behandeling geweest                Ja / Nee \*  
bij een schoonheidsspecialist, huisarts,  
dermatoloog voor acne?

Gebruikt u medicijnen voor acne?                Ja / Nee \*

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

### Algehele gezondheid

Hoe is uw algehele gezondheid?                Goed / Matig / Slecht \*

Gebruikt u momenteel medicijnen/                Ja / Nee \*

Voedingssupplementen?

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

Gebruikt u anti-conceptie?                Ja / Nee \*

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

Bent u momenteel zwanger?                Ja / Nee \*

Rookt u? Ja / Nee \*  
Hoeveel keer per sport u? ..... keer per dag / week / maand \*

Volgt u een dieet? Ja / Nee \*  
Zo ja, welk dieet: \_\_\_\_\_

Gebruikt u zuivelproducten? Ja / Nee \*  
Zo ja, welke producten: \_\_\_\_\_

Gebruikt u suikerhoudende voedingsmiddelen? Ja / Nee \*  
Drinkt u voldoende water? Ja / Nee \*  
..... liter per dag / week / maand \*

Drinktualcohol? Ja / Nee \*  
..... glazen per week \*

### **Algemene aanvullende informatie ten aanzien van de algehele gezondheid**

Heeft u last van stress? Nooit / Soms / Regelmatig \*  
Kunt u aangeven op een schaal van 1 tot 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
wat uw stress level is?  
Hoe ervaart u dit stress level? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heeft u weleens een allergische reactie gehad? Ja / Nee \*  
Zo ja, wat was de oorzaak van deze reactie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heeft u klachten met betrekking tot: \*

|                           |               |                        |
|---------------------------|---------------|------------------------|
| Bloedstollingsstoornissen | Diabetes      | Menstruatiestoornissen |
| HIV / hepatitis           | Darmproblemen |                        |

Eventueel andere aandoeningen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heeft u eerder specifieke acne behandelingen ondergaan? Zo ja, welke:

Chemische peelingen Ja / Nee \*

Microdermabrasie Ja / Nee \*

IPL / laserbehandelingen Ja / Nee \*

Gaat u wel eens onder de zonnebank? Ja / Nee \*

Zo ja, hoe vaak: \_\_\_\_\_

Bent u veel buiten? Ja / Nee \*  
(bijvoorbeeld tuinieren, fietsen, etc.)

Wat zijn uw verwachtingen van de acnebehandeling?

---

---

### **Huidverzorging:**

Welke huidverzorgingsproducten gebruikt u op dit moment?

---

---

Gebruikt u foundation? Ja / Nee \*

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

### **Mannen**

Hoe scheert u zich? Nat / Droog \*

Heeft u last van ingegroeide haren? Ja / Nee \*

Welke producten gebruikt u na het scheren:

---

---

**Ik verklaar dat ik:**

- op mijn verzoek uitleg heb gekregen waarom de schoonheidsspecialist vraagt naar bepaalde (medische) gegevens;
- alle medische gegevens heb besproken en indien nodig heb toegelicht die van belang zijn voor deze behandeling;
- alle vragen naar waarheid heb beantwoord;
- weet dat ik iedere (medische) verandering zo spoedig mogelijk moet doorgeven omdat dit het resultaat van de behandeling kan beïnvloeden;
- weet dat al mijn gegevens vertrouwelijk worden behandeld om mijn privacy te beschermen en dat ik weet wat mijn rechten zijn onder de Algemene verordening gegevensbescherming; dit is mondeling toegelicht en ik heb de privacyverklaring van de salon kunnen lezen;
- toestemming geef voor het maken van digitale foto's tijdens het intake- / kennismakingsgesprek voor de opbouw van een dossier. Tevens worden er -indien nodig- foto's gemaakt, voor/tijdens/na de behandeling van het te behandelen gebied. Deze foto's worden nooit zonder mijn uitdrukkelijke toestemming gepubliceerd of aan derden gegeven.

Datum:

---

Naam:

---

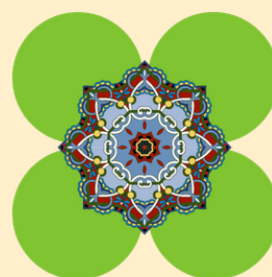
Handtekening:

---

Indien u jonger bent dan 16 jaar, is de handtekening van een wettige vertegenwoordiger (ouder/verzorger) verplicht.

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Naam wettige vertegenwoordiger:         |  |
| Handtekening wettige vertegenwoordiger: |  |
| Datum:                                  |  |

\*Doorhalen / aankruisen wat van toepassing is.



## De Biosalon

