

KUNDEJOURNAL & INFORMERET SAMTYKKE

Permanent Makeup – Hairstroke Brows

KUNDEOPLYSNINGER

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Fødselsdato: _____

HELBREDSERKLÆRING

Jeg erklærer, at følgende oplysninger er korrekte:

KONTRAINDIKATIONER

- Jeg lider af hæmofili Ja / Nej
- Jeg lider af lupus Ja / Nej
- Jeg har eller har haft hudkræft i behandlingsområdet Ja / Nej
- Jeg har tendens til keloid arvæv Ja / Nej
- Jeg har anvendt Roaccutan/Isotretinoin inden for de sidste 6 måneder Ja / Nej

FORHOLD DER KAN PÅVIRKE BEHANDLINGEN ELLER HELINGSPROCESSEN

- Jeg har diabetes Ja / Nej
- Jeg har eksem, psoriasis eller anden hudlidelse Ja / Nej
- Jeg lider af allergier Ja / Nej
- Jeg har problemer med sårheling Ja / Nej
- Jeg har forhøjet blodtryk Ja / Nej
- Jeg har hjerteproblemer Ja / Nej

- Jeg er gravid eller ammer Ja / Nej
- Jeg bruger blodfortyndende medicin Ja / Nej
- Jeg er i kemoterapibehandling eller har modtaget kemoterapi inden for det sidste år Ja / Nej
- Jeg lider af en autoimmun sygdom Ja / Nej
- Jeg er i behandling hos en hudlæge Ja / Nej

TIDLIGERE BEHANDLINGER

- Jeg har tidligere fået permanent makeup eller microblading i brynområdet Ja / Nej

Hvis ja, hvornår: _____

- Jeg har tidligere fået laserbehandling eller pigmentfjernelse i brynområdet Ja / Nej

Hvis ja, hvornår: _____

FØR BEHANDLINGEN

- Jeg har indtaget alkohol inden for de sidste 24 timer Ja / Nej
- Jeg har taget aspirin eller anden blodfortyndende medicin inden for de sidste 24 timer Ja / Nej
- Jeg anvender hormonel prævention eller hormonbehandling Ja / Nej

Øvrige oplysninger eller bemærkninger:

BEHANDLINGSOPLYSNINGER

Behandlingstype:

☐ Hairstroke Brows

☐ Opfyldning

Pigmentfarve(r):

Bemærkninger:

SAMTYKKE

Jeg bekræfter, at jeg har oplyst alle relevante helbredsoplysninger korrekt.

Jeg bekræfter, at den optegnede form er gennemgået og godkendt af mig inden behandlingen påbegyndes.

Jeg er informeret om, at den valgte pigmentfarve er gennemgået og godkendt af mig inden behandlingen.

Jeg er informeret om, at huden vil fremstå mørkere umiddelbart efter behandlingen, og at farven vil ændre sig i helingsprocessen.

Jeg er informeret om, at pigment kan hele forskelligt fra person til person, og at symmetri, farveoptagelse og holdbarhed kan variere.

Jeg er informeret om, at naturlige asymmetrier i ansigtet kan påvirke det endelige resultat, og at perfekt symmetri ikke kan garanteres.

Jeg er informeret om, at resultatet af permanent makeup varierer fra person til person og påvirkes af blandt andet hudtype, helbred, livsstil samt efterlevelse af de udleverede aftercare-instruktioner.

Jeg er informeret om, at der ofte er behov for 1-2 opfølgende behandlinger for at opnå det ønskede resultat.

Jeg har modtaget og læst vejledningen om efterpleje (Aftercare) og forstår vigtigheden af at følge disse instruktioner.

Jeg er informeret om, at manglende overholdelse af aftercare-instruktionerne kan påvirke resultatet negativt, og at klinikken ikke kan holdes ansvarlig for forhold, der skyldes manglende efterlevelse af disse instruktioner.

Jeg giver samtykke til, at der tages billeder før, under og efter behandlingen til

journalføring og dokumentation.

SAMTYKKE TIL MARKEDSFØRING

Klinikkens hjemmeside: Ja / Nej

Instagram: Ja / Nej

Facebook: Ja / Nej

Andet: Ja / Nej

BEHANDLERS NOTATER

Hudtype: _____

Tidligere PMU: _____

Særlige forhold: _____

Farvevalg: _____

Nålekonfiguration: _____

Øvrige observationer:

AFSLUTTENDE ERKLÆRING

Jeg bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte, og at jeg har læst og forstået indholdet af denne formular.

Navn med blokbogstaver:

Dato:

Underskrift: