**Intakegesprek SpotAway® behandeling**

**PERSONALIA**

Datum intake: ..………/………/………….

Naam:……………………….……………………………………………

Adres:……………………………………………………………………..

Postcode:……………Woonplaats:……………………………………..

Geb. datum:…………../………./………………………………………...

Tel./mobiel:………………………………………………………………..

E-mail:……………………………………………………………………..

Huisarts/Specialist:……………………………………………………….

Zorgverzekering:………………………….………………………………

BSN………………………………………………………………………..

Te behandelen indicatie: …………………………………………….………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Foto voor behandeling: …………../……………../…………….

Foto na behandeling: …………../……………./……………..

Asymmetrisch: Ja/Nee

Border: Duidelijk/Onduidelijk/Zeer onduidelijk

Kleuromschrijving ………………………………………….

Diameter: groter dan 0.6/kleiner dan 0.6

Evolutie: …….……………..………………………

Jeuk: ja/nee

Wanneer is het ontstaan, is het eerder behandeld en door wie met wat voor resultaat: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Algehele gezondheid**

Hoe is uw algehele gezondheid Goed/matig/slecht

Rookt u Ja/Nee

Bent u momenteel zwanger/van plan/net geweest Ja/Nee

Hoe is uw genezingsproces: snel/gemiddeld/langzaam/erg langzaam

Sprake van keloïdvorming na genezing

Huidtype: 1 2 3 4 5

Testbehandeling: Ja/Nee

**Algemene aanvullende informatie t.a.v. algehele**

**gezondheid**

Heeft u een pacemaker of andere Ja/Nee

Gebruikt u medicijnen Ja/Nee

O Diabetes

O Anorexia/Boulimia

O Epilepsie

O Koortslip

O Anti coagulantia

O Bloedstollingsstoornissen/Hemofilie

O Keloïdvorming na genezing

O Huidkanker

O Eventuele andere huidaandoeningen

O Vitiligo

Welke medicijnen gebruikt u en waarvoor: ……………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Ik verklaar hierbij dat ik alle bovenstaande vragen naar waarheid heb beantwoord.**

**Ik ben op de hoogte dat de algemene voorwaarden 2018 Uiterlijke Verzorgingsbranche, uitgave SER van toepassing is en dat deze ter inzage is verkregen. Deze kan ook worden gedownload van de website**

**https:\\medisch-pedicure-stella.nl**

**Ik ga akkoord met de SpotAway behandeling en zal zorg dragen voor het opvolgen van de nazorginstructies welke duidelijk met mij zijn besproken. Deze nazorginstructies heb ik ook op papier mee gekregen.**

**Datum:**

Naam:

Handtekening:

**Naam behandelaar:**

Handtekening: