

# Intake formulier



# Fillers

Naam/name: .....  
Geboorte datum/date of birth:.....BSN/citizen's service number:.....  
Adres/adress:.....  
Postcode/zipcode: .....Woonplaats/living place: .....  
Telefoonnummer/ phonenumber:.....  
e-mail:.....

### GELIEVE ONDERSTAANDE MEDISCHE VRAGENLIJST IN TE VULLEN

Bent u zwanger of geeft u borstvoeding? <i>Are you pregnant or did you give breastfeeding</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Rookt u?	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Heeft u eerder een operatie (bijv. facelift) in het gelaat ondergaan? <i>Did u get any esthetical facial; treatment?</i> Specify;	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Bent u eerder geïnjecteerd met een tijdelijk of permanent product? <i>Did you ever get a treatment with dermal fillers of botuline toxine?</i> Specify;	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Heeft u eerder laser/IPL/chemische peeling gehad? <i>Did u ever get a laser/IPL or chemical peeling treatment?</i> Specify;	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Terugkerende herpes (koortslip)?	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Suikerziekte / diabetic?	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Heeft u ooit een auto-immuunziekte gehad of een ziekte die het immuunsysteem aantast? <i>Did you ever had a auto-immun illness of illness who demaged the immunnsysteem?</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Heeft u bepaalde huidaandoeningen of ontstekingsproblemen (bv herpes, acne enz.)? <i>Did you have any skin conditions of inflamoty problems like herpes or acne?</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Heeft u last van allergieën? <i>Are you allergic to something?</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Neemt u op dit moment medicijnen , b.v steroïden, aspirine of antistollingsmiddelen (bv warfine enz.)? <i>Did you take anymedicine / steroids, aspirine of anticoagulation medication like warfine?</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Ondergaat u op dit ogenblik een medische behandeling? <i>Did you get any medical treathment right now?</i>	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>
Ontwikkelt u snel hypertrofische littekens? <i>you develop hypnophic scars quickly?</i>	
Lijdt u aan bepaalde allergieën, maar bepaald aan allergieën voor hyaluronzuur of lidocaïne? <i>Are you allergic to hyaluronic acid or lidocaine?</i> Specify;	<b>Ja(yes) / Nee(no)</b>

Bent u recent opgenomen geweest in een buitenlands ziekenhuis?	Ja(yes) / Nee(no)
--	-------------------

### Toestemmingsformulier

Ondergetekende verklaart:

1. Ermee bekend te zijn dat ingrepen van cosmetische aard beschouwd worden als medische ingrepen.
2. Ermee bekend te zijn dat de ingreep niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.
3. Volledig geïnformeerd te zijn over hyaluronzuren: hyaluronzuur is een steriele gel van niet-dierlijke oorsprong en is bedoeld voor injectie in de huid ter correctie van gezichtslijnen, rimpels en plooiën, voor lipvergroting en voor het vormgeven aan gezichtscontouren.
4. Het gebruik van en de indicaties voor de producten waarmee ik behandeld zal worden zijn uitgelegd door mijn arts en ik heb de mogelijkheid gehad om al mijn vragen naar tevredenheid beantwoord te krijgen. Ik ben specifiek ingelicht over het volgende: na de behandeling kunnen gebruikelijke reacties die met de injectie te maken hebben optreden. Deze reacties zijn o.a. roodheid, zwelling, pijn, jeuk, kneuzingen en gevoeligheid van het behandelde gebied. Deze reacties zijn over het algemeen omschreven als mild tot matig en lossen meestal spontaan op een paar dagen na de behandeling. Deze reacties zijn normaal en kunnen verwacht worden.
5. Andere typen reacties zijn zeldzaam, maar ongeveer één op iedere 10.000 behandelde patiënten heeft lokale allergische reacties ervaren na één of meer injecties. Deze kenmerken meestal zwelling en stijfheid in het behandelde gebied, en in sommige gevallen ook het aangrenzende gebied. Roodheid, gevoeligheid en soms op acne-lijkende vormingen zijn ook gerapporteerd. Deze reacties hebben plaatsgevonden een paar dagen na de behandeling, en in enkele gevallen na enkele weken. De reacties zijn omschreven als mild tot matig en zelflimiterend, met een gemiddelde duur van 2 weken. In zeldzame gevallen hebben deze reacties enkele maanden aangehouden.
6. In zeer zeldzame gevallen heeft langdurige stijfheid, abcesvorming of grijsachtige verkleuring plaatsgevonden op het behandelgebied. Deze reacties kunnen gevormd worden in weken of maanden na de injectie en kunnen aanhouden voor enkele maanden, maar zullen gewoonlijk oplossen na verloop van tijd. Nog zeldzamer is de vorming van een korst en extra irritatie van de huid op de plaats van behandeling, wat kan resulteren in een ondiep litteken.
7. Niet elk algemeen risico zal besproken zijn, maar ik begrijp dat deze bestaan.
8. Door mijn arts ook geïnformeerd te zijn over het feit dat, afhankelijk van de behandelde plek, het huidtype en de injectietechniek, het effect van de behandeling met hyaluronzuur zes tot twaalf maanden kan duren (lippen circa zes tot acht maanden). Doch dat in sommige gevallen de duur van het effect korter of zelfs langer kan zijn. Aanvullende en vervolghandelingen helpen de gewenste correctiegraad te handhaven.
9. Te beseffen dat het functionele en cosmetisch resultaat, alsook symmetrie bij de behandeling, ondanks het feit dat de grootste zorgvuldigheid wordt betracht, van tevoren niet kan worden gegarandeerd zodat de kliniek hiervoor niet aansprakelijk kan worden gesteld en dat ontevredenheid met het resultaat geen verplichting oplevert voor de kliniek om een tweede behandeling uit te voeren dan tegen de daarvoor geldende tarieven.
10. Te beseffen dat een behandeling met een ampul Hyaluronzuur geen vullingsgraad-garantie verstrekt. Het dient altijd afgewacht te worden hoeveel vulling een behandeling met een specifieke hoeveelheid Hyaluronzuur teweeg brengt. Dit is voorafgaand aan de behandeling enkel als inschatting aan te geven waaraan geen rechten ontleend kunnen worden. Indien na behandeling en herstel meer volume gewenst is, dient er een nieuwe aanvullende behandeling plaats te vinden. Correcties vallen hierbuiten.
11. De vragen met betrekking tot de medische voorgeschiedenis naar waarheid te hebben ingevuld of beantwoord, naar zijn/haar beste weten de vragen betreffende zijn/haar medische voorgeschiedenis beantwoord te hebben en de arts niets te hebben verzwegen.

12. Zolang ik onder behandeling ben van een arts, zal ik de door de arts aan mij gegeven adviezen voor, na en tijdens de behandeling opvolgen om een zo goed mogelijk cosmetisch resultaat te verkrijgen. Ik realiseer me dat het niet opvolgen van deze adviezen een niet optimaal resultaat kan opleveren.

13. Toestemming te geven met Hyaluronzuur behandeld te worden.

14. Het voorgaande nauwkeurig te hebben gelezen en op basis van alle gekregen informatie tot een weldoordacht en afgewogen besluit is gekomen de behandeling te willen ondergaan

**Datum :** .....

**Naam client:** .....

**Handtekening cliënt**

**Naam en handtekening behandelend arts :**