

**Toestemming formulier Permanent make-up (PMU)**

datum: \_\_\_\_\_

Ondergetekende, (voor + achternaam) \_\_\_\_\_

**verklaart hierbij het volgende: (omcirkelen wat van toepassing is).**

Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze permanent make-up behandeling	Ja / nee
Ik weet dat er risico's op infectie en andere complicaties kunnen zijn na het zetten van PMU	Ja / nee
Ik vind mezelf gezond genoeg om deze permanent make-up behandeling te laten zetten	Ja / nee
Ik ben tijdens deze behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs	Ja / nee
Ik weet dat het wordt afgeraden om permanent make-up te laten zetten wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt.	Ja / nee
Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om permanent make-up te laten zetten in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties	Ja / nee

**Geeft u alstublieft antwoord op de volgende vragen (doorhalen wat van toepassing is):**

Alleen van toepassing als u de permanent make-up wilt ter camouflage van een bestralings- of operatielitteken:	
- Ik weet dat het wordt aangeraden om permanent make-up ter camouflage eerst met mijn behandelend arts te bespreken en een toestemming briefje in te leveren aan de permanent make-up specialiste ondertekend door de arts.	Ja / nee
- Het litteken waarover heen gepigmenteerd wordt is ouder dan 1 jaar.	Ja / nee
Alleen van toepassing als u onder behandeling bent van een dermatoloog:	
- Ik heb met mijn dermatoloog besproken dat deze PMU behandeling geen kwaad kan op mijn huid.	ja / nee
Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:	
- Hemofilie	Ja / nee
- Chronische huidziekte	ja / nee
- Contactallergie	ja / nee
- Diabetes 1 - 2	ja / nee
- Immunostoornis	ja / nee
- Hart en vaatafwijkingen	ja / nee
- Ik weet dat een permanent make-up behandeling sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren 'ja' heb omcirkeld.	Ja / nee
In dit geval is het belangrijk om alvorens u aan deze behandeling begint een toestemming briefje bij uw huisarts – behandelend arts aan te vragen ter goedkeuring.	

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Nummer legitimatiebewijs klant: \_\_\_\_\_

Handtekening (jonger dan 16 jaar, handtekening van wettige vertegenwoordiger): \_\_\_\_\_

**(Wanneer jonger dan 18 jaar)**

Naam wettige vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Nummer legitimatiebewijs wettige vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld en wordt alleen getoond aan de toezichthouder van de GGD en de NVWA