



# DR. TEMT

SKINCARE Naam/ Voornaam

Adres

e-mail

Geboortedatum

Telefoon

Mobiel

Hoe heeft u ons gevonden?

Beantwoord alstublieft de volgende vragen. Hierdoor kan ik een succesvolle behandeling samenstellen. Uw antwoorden zullen mij helpen een passend advies voor de behandeling en thuisverzorging op te stellen. Hoe meer informatie u mij geeft, des te beter ik u van dienst kan zijn.

Al uw gegevens worden uitsluitend gebruikt voor de anamnese en worden strikt vertrouwelijk behandeld.

## Algemeen

1. Bent u afgelopen jaar onder medische behandeling geweest? ja nee  
Zo ja, waarom?
2. Bent u in de afgelopen jaar geopereerd? ja nee  
Zo ja, wat voor operatie?
3. Heeft u een rimpelinjectie ondergaan? ja nee
4. Heeft u gezondheidsproblemen? ja nee

kanker - diabetes - epilepsie - hartproblemen - hormoonbehandeling -

hysterectomie - ruggengraatletsel - vaatlijden - neurodermatitis

herpes simplex, chronische ziekten (welke?)

- |     |   |    |     |
|-----|---|----|-----|
| 5.  | Gebruikt u medicatie en/of vitamines momenteel?<br>Zo ja, wat voor? | ja | nee |
| 6.  | Rookt u?  | ja | nee |
| 7.  | Hoeveel water drinkt u per dag?                                     |    |     |
| 8.  | Gebruikt u cortisonen?  | ja | nee |
| 9.  | Volgt u op dit moment een dieet?                                    | ja | nee |
| 10. | Sport u regelmatig?   | ja | nee |
| 11. | Heeft u voldoende slaap?  | ja | nee |
| 12. | Draagt u contactlenzen?   | ja | nee |
| 13. | Heeft u metalen implantaten of een pacemaker?                       | ja | nee |

Uw huid

- |     |  |    |     |
|-----|--|----|-----|
| 14. | Gaat u regelmatig onder de zonnebank?  | ja | nee |
| 15. | Lijdt u onder chronische huidirritaties?   | ja | nee |
| 16. | Heeft u speciale huidproblemen in het gezicht of op het lichaam?<br>Zo ja, wat zijn de klachten? | ja | nee |
| 17. | Gebruikt u gedurende het zonnebaden een zonbescherming?  | ja | nee |
| 18. | Welke factor gebruikt u?   |    |     |
| 19. | Verbrandt u snel in de zon?  | ja | nee |

20. Wat voor huidverzorgingsproducten gebruikt u momenteel?

reiniging:

lotion:

crème:

masker:

peeling:

oogcrème :

anders:

21. Bloost u snel? ja nee

#### Vorbereiding

22. Heeft u weleens een chemische peeling ondergaan? ja nee

23. In de afgelopen 9 maanden? ja nee

24. Heeft u weleens een laserbehandeling ondergaan of behandelingen ondergaan voor definitieve ontharing? ja nee

25. Gebruikt u vitamineAzuur gerelateerde producten of medicijnen? ja nee

26. In de afgelopen 3 maanden? ja nee

27. Gebruikt u acne medicijnen? ja nee

28. In de afgelopen 6 maanden? ja nee

29. Gebruikt u momenteel producten met een of meerdere van deze actieve ingrediënten? ja nee

Zo ja, Welke?

glycolzuur - melkzuur - TCA – salicylzuur?

## Huidconditie

30. Is uw huid weleens intens verbrand? ja nee
31. Heeft u last van een onrustige huid? ja nee
32. Consumeert u cafeïnehoudende producten (koffie, thee, iets anders?) ja nee
33. Hoeveel op een dag?
34. Heeft u claustrofobie? ja nee
35. Heeft u jeukerige plekken op uw huid? ja nee
36. Heeft u ooit een allergische reactie gekregen op: ja nee  
cosmetica - medicijnen - jodium - pollen - voeding - fruitzuren - huisdieren -  
parfum - conserveringsmiddelen - zonnebrandproducten - anders
37. Wat wilt u bereiken? Wat wilt u veranderen aan uw huid?

## vrouw

38. Gebruikt u de anticonceptiepil? ja nee
39. Bent u zwanger, of probeert u zwanger te raken? ja nee
40. Geeft u momenteel borstvoeding? ja nee

## man

41. Hoe scheert u zich? elektrisch /  
mes
42. Heeft u last van irritatie na het scheren? ja nee

43. Heeft u last van ingegroeide haren? ja nee

Hierbij bevestig ik dat ik de vragen heb beantwoord naar waarheid.

Alle informatie die voor mijn behandeling noodzakelijk zijn heb ik niet achtergehouden.

Wijzigingen stuur ik direct door naar mijn Dr. Temt-specialist.

Datum en handtekening