TOESTEMMINGSFORMULIER

MHP/SMP & TATTOO

GEGEVENS SPECIALIST

Tatoeëri
Engwierum
0634460063
tattoo@tat2eri.nl
@tat2eri
www.tat2eri.nl
KVK nummer: 98674668

INKT REGISTRATIE

Merk inkt: _____ ☐
Kleur: _____ ☐
Batch/lotnummer: _____ ☐
Vervaldatum: _____ ☐
Geopend op: _____ ☐
In gebruik door: _____ ☐

GEGEVENS KLANT

Naam: _____
Adres: _____
Postcode & Woonplaats: _____
Geboortedatum: ____ / ____ / _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____
Instagram: @ _____

AFSPRAAKGEGEVENS

Datum: ____ / ____ / _____

Behandeling: ☐ MHP/SMP ☐ TATTOO

Locatie op het lichaam: _____

Opmerkingen: _____

GEZONDHEIDSVERKLARING (AANKRUISEN INDIEN VAN TOEPASSING)

	JA	NEE
Heb je koorts of ben je momenteel ziek?	☐	☐
Gebruik je bloedverdunners?	☐	☐
Heb je een hartkwaal of pacemaker?	☐	☐
Heb je suikerziekte?	☐	☐
Heb je last van epilepsie?	☐	☐
Heb je een allergie (bijv. latex, nikkel, pigmenten)?	☐	☐
Ben je zwanger of geef je borstvoeding?	☐	☐

	JA	NEE
Heb je huidproblemen (eczeem, posriasis)?	☐	☐
Gebruik je immuunsuppressieve medicatie?	☐	☐
Heb je kanker (gehad)?	☐	☐
Heb je last van keloïd littekenvorming?	☐	☐
Heb je hepatitis, HIV of andere besmettelijke ziekten?	☐	☐
Heb je in de afgelopen 6 maanden Accutane gebruikt?	☐	☐

Anders, namelijk: _____

VERKLARING KLANT

☐ Ik verklaar dat de bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld.
☐ Ik ben op de hoogte van de mogelijke risico's en nazorginstructies van MHP/SMP en/of tatoeages.
☐ Ik begrijp dat het eindresultaat kan afwijken van voorbeelden en dat bijwerkingen kunnen optreden.
☐ Ik volg de nazorginstructies zorgvuldig op en neem contact op bij twijfel of complicaties.
☐ Ik geef toestemming voor de behandeling en bevestig dat ik minimaal 18 jaar oud ben.
☐ Ik ga akkoord met de huisregels en de algemene voorwaarden van de studio.
☐ Ik geef toestemming dat de specialist dit formulier in het dossier mag behouden.

TOESTEMMING FOTO'S & SOCIAL MEDIA

☐ Ik geef toestemming om foto's van het resultaat te gebruiken voor social media en promotionele doeleinden.

HANDTEKENING KLANT

Naam: _____
Handtekening: _____
Datum: ____ / ____ / _____

HANDTEKENING SPECIALIST

Naam: _____
Handtekening: _____
Datum: ____ / ____ / _____

18+ ☐ Ik bevestig dat ik minimaal 18 jaar oud ben en vrijwillig toestemming geef voor de behandeling.
Zonder deze toestemming kan de behandeling niet plaatsvinden.