

## Anamnese formulier

### A – Persoonlijke gegevens

Naam + Voornaam : \_\_\_\_\_  
 Adres : \_\_\_\_\_  
 Postcode : \_\_\_\_\_  
 Woonplaats : \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
 Mobiel : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum : \_\_\_\_\_

### B – Indicatie

Welke van onderstaande punten wilt u aan uw huid verbeteren?

Huid veroudering	[ ]	Pigmentatie	[ ]
Rimpels	[ ]	Vasculaire laesies	[ ]
Rimpels rond de mond	[ ]	Littekens	[ ]
Rimpels rond de ogen	[ ]	Grove Poriën	[ ]
Donkere kringen rondom ogen	[ ]	Acne	[ ]
Verslachte oogleden	[ ]	Rosacea	[ ]
Verslachte huid gelaat	[ ]	Eczeem	[ ]
Verslachte huid hals	[ ]	Pigmentatie handen	[ ]
Verouderde handen	[ ]		

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### C – Behandel geschiedenis

Welke behandelingen heeft u eerder ondergaan? Wanneer?

Micordermabrasie	[ ]		_____
Microneedling	[ ]		_____
Fruitzuur peelings	[ ]	Namelijk: _____	_____
Chemische peeling	[ ]	Namelijk: _____	_____
Botox / fillers	[ ]	Namelijk: _____	_____
Laser behandeling	[ ]	Namelijk: _____	_____
Anders, namelijk:	_____		_____

### D – Huidverzorging

Gebruikt u:	Ja	Nee
Reiniging	[ ]	[ ]
Peeling/scrub	[ ]	[ ]
Serum	[ ]	[ ]
Crème/moisturizer	[ ]	[ ]
SPF zonbescherming , te weten SPF _____	[ ]	[ ]
Oogverzorging	[ ]	[ ]
Masker	[ ]	[ ]

Paraaf \_\_\_\_\_

## Anamnese formulier

### D – Huidverzorging

Gebruikt u producten met:	Ja	Nee
AHA/BHA fruitzuren	[ ]	[ ]
Retinol	[ ]	[ ]
Benzoyl peroxide*	[ ]	[ ]
Hydroquinone*	[ ]	[ ]
Hydrocortisone*	[ ]	[ ]

### E – Gezondheid

Bent u:	Ja	Nee
Onder behandeling van een arts voor medische indicaties?	[ ]	[ ]
In verwachting of borstvoeding gevend?	[ ]	[ ]
Heeft u:		
Allergieën (bijv. aspirine)	[ ]	[ ]
Diabetes*	[ ]	[ ]
Epilepsie	[ ]	[ ]
Eczeem	[ ]	[ ]
Psoriasis	[ ]	[ ]
Vitiligo	[ ]	[ ]
Schildklier problemen	[ ]	[ ]
Herpes Simplex virus	[ ]	[ ]
Gordelroos (herpes zoster)	[ ]	[ ]
Trombose	[ ]	[ ]
Keloïd vorming	[ ]	[ ]
Nierproblemen*	[ ]	[ ]
Hormoonschommelingen	[ ]	[ ]
MRSA bacterie (ook wel ziekenhuis bacterie genoemd)	[ ]	[ ]
Streptococ / stafilococ infectie (gehad)*	[ ]	[ ]
Huidkanker (gehad)*	[ ]	[ ]
Chronische huidziekte*	[ ]	[ ]
Immuunstoornissen*	[ ]	[ ]
Ichtyose*	[ ]	[ ]

Neemt u:	Ja	Nee
Antibiotica*	[ ]	[ ]
Bloedverdunners	[ ]	[ ]
Roaccutane*	[ ]	[ ]
Ik ben allergisch voor latex	[ ]	[ ]
Ik heb voornemens om plastische chirurgie te ondergaan	[ ]	[ ]
Andere medicatie, te weten: _____		

Paraaf \_\_\_\_\_

## Anamnese formulier

Ik heb de volgende schriftelijke informatie van de specialist ontvangen:

- Informed Consent van Dermica microneedling behandeling
- Nazorginstructie van Dermica microneedling behandeling

Ik verklaar hierbij dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

\*De behandelaar overlegt met de samenwerkende arts alvorens de behandeling kan starten.

**Plaats en Datum:**

---

**Naam:**

**Handtekening**

---

---

Paraaf \_\_\_\_\_