

# DERMAPEN™ BEHANDLING KONSULTATION & SAMTYKKEERKLÆRING

DATO

DERMAPEN™ KLINIK

DERMAPEN™ BEHANDLER

## KUNDE OPLYSNINGER

NAVN

FØDSELSDATO

ADRESSE

TELEFON (MOBIL)

(HJEM)

(ARB)

EMAIL

## KONTAKTPERSON VED NØDSTILFÆLDE

NAVN

RELATION

TELEFON (MOBIL)

(HJEM)

(ARB)

EMAIL

HVAD ER DIT PRIMÆRE HUDPROBLEM, SOM DU ØNSKER BEHANDLET MED DERMAPEN™?

HAR DU NOGEN VIGTIGE AFTALER DEN NÆSTE UGE?

JA

NEJ

LIDER DU AF NOGEN ALLERGIER? (FX. LATEX, METAL, SKALDYR, NØDDER, PENICILLIN)

OPLEVER DU NOGEN AF DE FØLGENDE HUDTILSTANDE FOR TIDEN?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papulopustulær rosacea    | <input type="checkbox"/> Sklerodermi                 | <input type="checkbox"/> Vorter          |
| <input type="checkbox"/> Acne vulgaris grad III-IV | <input type="checkbox"/> Bakteriel / svampeinfektion | <input type="checkbox"/> Solar keratosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes simplex            | <input type="checkbox"/> Åbne sår                    | <input type="checkbox"/> Hudkræft        |

## HAR DU NOGENSINDE OPLEVET NOGEN UHENSIGTSMÆSSIGE REAKTIONER PÅ BEDØVELSE?

ER DU PT. UNDER MEDICINSK OVERVÅGNING FOR NOGET AF FØLGENDE?      **JA**      **NEJ**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hjerteproblemer  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Bløder (hæmofili) |
| <input type="checkbox"/> Autoimmun sygdom | <input type="checkbox"/> Diabetes (Type 1 eller 2) | <input type="checkbox"/> Kræft             |
|   |  | <input type="checkbox"/> HIV               |

ER DU GRAVID ELLER AMMENDE?      **JA**      **NEJ**

TAGER DU (ELLER HAR DU INDEN FOR DE SIDSTE 3 MDR. INDTAGET NOGEN AF FLG. MEDIKAMENTER? (AFKRYDS VENLIGST)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Isotretinoin (Bl.a. Roaccutane® / Accutane® / Isotane®)                    | <input type="checkbox"/> P-piller                                  |
| <input type="checkbox"/> Antikoagulerende/blodfortyndende (Bl.a. Warfarin og Aspirin)               | <input type="checkbox"/> Fiskeolie / planteolie / omega 3          |
| <input type="checkbox"/> Photo-sensitive midler (Bl.a. anti-depressiver, anti-angst og antibiotika) | <input type="checkbox"/> Ginseng / ginkgo biloba / St. John's wort |

HAR DU FÅET FORETAGET NOGEN AF FLG. PROCEDURER INDENFOR DE SIDSTE 3 MDR. I DET OMRÅDE, DER SKAL BEHANDLES MED DERMAPEN™? (AFKRYDS VENLIGST)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plastik / kosmetisk operation  | <input type="checkbox"/> Laser / IPL                   |
| <input type="checkbox"/> Muskelafslappende injektioner (Bl.a. Botox® og Dysport™)                                     | <input type="checkbox"/> Photo Dynamic Therapy (PDT)   |
| <input type="checkbox"/> Filler (Bl.a. Juvederm®, Restylane®, Esthelis®, Radiesse®, Aquamid®, Sculptra® og Artefill®) | <input type="checkbox"/> Dyb hudslibning               |
|   | <input type="checkbox"/> Dyb kemisk peeling            |
|   | <input type="checkbox"/> Tatovering / permanent makeup |

HAR DU FÅET FORETAGET NOGEN AF FLG. PROCEDURER INDENFOR DE SIDSTE 2 UGER I DET OMRÅDE, DER SKAL BEHANDLES MED DERMAPEN™? (AFKRYDS VENLIGST)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hudslibning / diamantslibning   | <input type="checkbox"/> Hårfjerning (bl.a. voks, sugaring, pincet, tråd eller depileringscreme) |
| <input type="checkbox"/> Kemisk peeling (bl.a. glykolsyre, mælkesyre, mandelsyre og salicylsyre) | <input type="checkbox"/> Spraytan / selvbruner   |
| <input type="checkbox"/> Elektroterapi   |  |

HAR DU ANVENDT PRODUKTER INDEHOLDENDE NOGEN AF DE NÆVNTE INGREDIENSER I DEN SIDSTE UGE I DET OMRÅDE, DER SKAL BEHANDLES MED DERMAPEN™? (AFKRYDS VENLIGST)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AHA / BHA (Bl.a. glykolsyre, mælkesyre eller salicylsyre) | <input type="checkbox"/> og retinaldehyde)                        |
| <input type="checkbox"/> Retinoider (A-vitamin) (Bl.a. tretinoin, retinol          | <input type="checkbox"/> Benzoyl peroxide / adapelene (Differin®) |
|  | <input type="checkbox"/> Hydroquinon / kojicsyre / azelainsyre    |

Jeg, ..... giver samtykke til at alle ovennævnte oplysninger er korrekte. Min Dermapen™ behandler har givet mig vejledning i Dermapen™ før- og efterbehandling og har grundigt forklaret mig følgende:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hvad en Dermapen™ klinikbehandling er               | <input type="checkbox"/> Kontraindikationer og forholdsregler ved en Dermapen™ klinikbehandling |
| <input type="checkbox"/> Hvordan en Dermapen™ klinikbehandling fungerer      | <input type="checkbox"/> Brug af bedøvelse  |
| <input type="checkbox"/> Forventet resultat af en Dermapen™ klinikbehandling | <input type="checkbox"/> Optimal opfølgende hjemmepleje   |

**Jeg er indforstået med at et kurforløb med Dermapen™ klinikbehandlinger er nødvendigt for optimale resultater.**

Kundens underskrift.....

Dermapen™ behandlerens underskrift.....

Kundens navn .....

Dermapen™ behandlerens navn .....

Dato .....

Dato .....