



BIJLAGE 7.3

7.3. Formulier ten behoeve van het intakegesprek voor een IPL/laser behandeling tegen overbeharing

Naam:..... Voorletters:..... M/V
Adres:.....
Postcode/woonplaats:.....
Geboortedatum:.....Tel. Thuis:.....
Mobiel:.....
Zorgverzekeraar:.....
Sinds wanneer is de overbeharing aanwezig?
.....

Wat is de oorzaak van de overbeharing?

Aanleg
 Overgang
 Zwangerschap
 Medicijngebruik
 Anders, nl.
.....

Welk lichaamsdeel moet behandeld worden?

.....
.....

Wat is de kleur van het haar?

<input type="checkbox"/> Zwart	<input type="checkbox"/> Donkerbruin	<input type="checkbox"/> Lichtbruin
<input type="checkbox"/> Donkerblond	<input type="checkbox"/> Blond	<input type="checkbox"/> Lichtblond
<input type="checkbox"/> Rood	<input type="checkbox"/> Grijs	<input type="checkbox"/> Wit

Wat is de dikte van het haar? Dik - Middel - Fijn - Gepigmenteerd dons
Hoe is de haardichtheid? Verspreid - Normaal - Dicht op elkaar

Wat heeft u tot op heden aan de overbeharing gedaan?

Toegepaste methode:
Elektrisch
Mechanisch
Chemisch
Frequentie: Dagelijks - Wekelijks - Maandelijks - Overig, nl.....

Wat is de achtergrond van beide ouders? (nationaliteit).....
Is de tint van uw huidskleur uw natuurlijke kleur? Ja - Nee
Maakt u regelmatig gebruik van de zonnebank? Ja - Nee
Wanneer bent u voor het laatst in de zon geweest? geleden

Gebruikt u een zelfbruiningsmiddel? Ja - Nee

Huidafwijkingen

Pigmentafwijkingen
 Littekens
Zo ja, hoe is de genezing bij littekenvorming?

Gevoeligheid/pijngrens: Normaal - Gevoelig - Zeer gevoelig

Hoe reageert uw huid als u na een "donkere" winter weer voor het eerst in de felle zon komt?

- Verbrandt altijd en blijft na afloop een bleke kleur houden? (Huidtype I)
- Verbrandt altijd en wordt een beetje bruin (Huidtype II)
- Verbrandt soms en wordt makkelijk bruin (Huidtype III)
- Verbrandt nooit en wordt makkelijk bruin (Huidtype IV)
- Zuid-Europees type en verbrand nooit (Huidtype V) *bijvoorbeeld Aziatisch*
- Zeer donkere huid (Huidtype VI) *Negroïde*

Hoe is uw algemene gezondheid?

.....

Gebruikt u medicijnen? (controleer de bijsluiters)

Ja - Nee

- Aspirine
- Hormonen (hormoonpreparaten)
- Antidepressiva
- Overige

Bent u ooit behandeld voor of heeft u klachten m.b.t.:

- Diabetes
- Bloedstollingstoornissen
- Koortslip
- Eczeem/psoriasis
- Menstruatiestoornissen
- Ontstekingen in het gezicht (acne)
- Ontstekingen in de oksels of liezen
- (Huid)kanker
- Allergie
- Immuunstoornis

Rookt u?

Ja - Nee

Heeft u een pacemaker?

Ja - Nee