**I N T A K E F O R M U L I E R F O O D L A B**

**Persoonlijke gegevens**

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.  
Achternaam: Klik of tik om tekst in te voeren.  
E-mail adres: Klik of tik om tekst in te voeren.  
Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.  
Datum ingevuld: Klik of tik om een datum in te voeren.

**Huidindicatie**

Welke van onderstaande punten wilt u aan uw huid verbeteren?  
*(Er mogen meerdere punten aangekruist worden)*

Acne/vette huid

(Acne) Littekens

Grove Poriën

Droge/vochtarme huid

Vochtophopingen (ogen)

Rosacea

Couperose

Pigmentatie gelaat

Huid veroudering gelaat

Rimpels rond de mond/rond de ogen

Verslapte oogleden

Verslapte huid gelaat/hals

Eczeem

Psoriasis

Anders nl.: Klik of tik om tekst in te voeren.

**Behandelgeschiedenis**

Welke behandelingen heeft u eerder ondergaan? Zo ja wanneer?

Microdermabrasie. Datum laatste behandeling: Klik of tik om een datum in te voeren.

Microneedling. Datum laatste behandeling: Klik of tik om een datum in te voeren.

Fruitzuur peelingen. Datum laatste behandeling: Klik of tik om een datum in te voeren.

Chemische peeling. Datum laatste behandeling: Klik of tik om een datum in te voeren.

Botox / fillers, nl.: Klik of tik om tekst in te voeren.   
Datum plaatsgevonden: Klik of tik om een datum in te voeren.

Laser behandeling gelaat. Datum laatste behandeling: Klik of tik om een datum in te voeren.

Permanente make-up. Datum plaatsgevonden: Klik of tik om een datum in te voeren.  
 Ooglidcorrectie. Datum plaatsgevonden: Klik of tik om een datum in te voeren.

Anders, nl.: Klik of tik om tekst in te voeren.

**Gezondheid**

Bent u onder behandeling van een arts voor medische indicaties? Kies een item.

In verwachting of borstvoeding gevend? Kies een item

Vink aan wat van toepassing is:

Allergieën (bijv. aspirine, hooikoorts, parfum etc.) Klik of tik om tekst in te voeren.

Eczeem

Psoriasis

Gordelroos (herpes zoster)

Keloïd vorming

Vitiligo

Huidkanker (gehad)  
 Staat u binnenkort bloot aan overmatige zonnestraling

Schildklier problemen

Hormoonschommelingen

Diabetes  
 Trombose

Epilepsie  
 Herpes Simplex virus

MRSA bacterie (ook wel ziekenhuis bacterie genoemd)

Streptokok / stafylokok infectie (gehad)

Nierproblemen

Darmproblemen

Lactose-intolerantie

Gluten-intolerantie  
 Vegetarisch  
 Veganist

**Neemt u momenteel onderstaande medicatie:**

Antibiotica

Bloedverdunners

Roaccutane   
 Anti-conceptiepil

Andere medicatie, te weten: Klik of tik om tekst in te voeren.

**Neemt u voedingssupplementen, Ja namelijk**: Klik of tik om tekst in te voeren.

**Indicatie product gebruik**

Gebruikt u onderstaande producten?   
Vink aan wat van toepassing is, er mogen meerdere producten aangevinkt worden.

Reiniging

Serum

Creme/moisturizer

SPF zonbescherming, te weten SPF Klik of tik om tekst in te voeren.

**Extra:**

Oogverzorging

Masker

Producten met: AHA/BHA fruitzuren

Retinol

Benzoyl peroxide

Hydroquinone

Hydrocortisone

Ik verklaar hierbij dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats en datum Klik of tik om tekst in te voeren.

Voor- en achternaam Klik of tik om tekst in te voeren.