**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.