

TOESTEMMINGSFORMULIER LASH LIFT

Naam:
Adres:
Plaats:
Tel:
Email:

Hierbij geef ik toestemming aan de Wimperstyliste om een Lash Lift behandeling uit te voeren. Gedurende het consult heeft de specialiste mij voorgelicht over het verloop van de behandeling en het te verwachten resultaat, waarmee ik akkoord ga.

- | | |
|---|--------|
| 1. Ik heb Alopecia | ja/nee |
| 2. Ik heb een Chalazi3n of Strontje (bacteriële infectie aan het oog) | ja/nee |
| 3. Ik heb een Glaucoom | ja/nee |
| 4. Ik heb "het Droge Ogen syndroom" | ja/nee |
| 5. Ik heb Conjunctivitis/Blindvliesontsteking of dit recent gehad | ja/nee |
| 6. Ik heb Blefaritis/Chronische oogontsteking | ja/nee |
| 7. Ik heb Herpes Simplex of Herpes Zoster, of dit recent gehad | ja/nee |
| 8. Ik heb Psoriasis rondom het oog | ja/nee |
| 9. Ik heb latex/pleister allergie | ja/nee |
| 10. Ik ben zwanger | ja/nee |

Indien ik bovenstaande onderdelen met "ja" heb beantwoord is hierover door de specialiste duidelijk uitleg gegeven wat de eventuele consequenties van de behandeling kunnen zijn, waarmee ik akkoord ga. Ik heb het nazorgformulier ontvangen van mijn Wimperstyliste.

Ik heb alle vragen naar waarheid beantwoord. Mij is nadrukkelijk duidelijk gemaakt dat het niet juist beantwoorden van de vragen, of onvolledig naleven van de voorwaarden een nadelige invloed op het resultaat van de behandeling kan hebben.

Datum:

Handtekening klant: