

Intake vragen Bye Bye Striae

Op welke plek wilt u de behandeling?

- ☐ Buikspier
- ☐ Billen
- ☐ Borst
- ☐ Achterdijen
- ☐ Heupen
- ☐ Armen
- ☐ Klaver
- ☐ Onder oog
- ☐ Benen

Eventuele andere gebieden?

Heeft u Atrofie?

Ja / Nee

Bent u zwanger?

Ja / Nee

Geeft u nog borstvoeding?

Ja / Nee

Hoeveel zwangerschappen heeft u gehad?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Maakt u gebruik van onderstaande medicijnen (of anders)?

- ☐ Op corticoiden gebaseerde
- ☐ Antihistamine
- ☐ Steroiden
- ☐ Ontstekingsremmend
- ☐ Anders:

Heeft u last van een vorm van hormonale disfunctie? Zo ja, welke?

Heeft u Hemofilie?

Ja / Nee

Ervaart u neigingen tot keloiden (goedaardige gezwellen)?

Ja / Nee

Heeft u last van hyper/hypopigmentatie?

- ☐ Ja, hyperpigmentatie
- ☐ Ja, hypopigmentatie
- ☐ Nee

Ervaart u stoornissen in de bloedsomloop en/of genezing?

Ja / Nee

In welke periode is de striae verschenen?

- ☐ Medicatie
- ☐ Obesitas
- ☐ Adolescentie
- ☐ Zwangerschap

Wat is de oorspronkelijke kleur van de striae?

- ☐ Violet
- ☐ Rood
- ☐ Wit

Wat is in macroscopisch aspect de dikte van de striae?

- ☐ Dun
- ☐ Vertakt
- ☐ Medium
- ☐ Dik

Wat is uw huidskleur?

- ☐ Wit
- ☐ Licht getint
- ☐ Getint
- ☐ Midden bruin
- ☐ Donkerbruin

Heeft eerdere behandelingen gehad voor of rondom uw striae? Zo ja, wat voor een behandeling?

Wat waren de resultaten van deze voorgaande behandeling tegen uw striae?

Wat is uw gebruikelijke dieetvoorkeur?

- ☐ Normaal
- ☐ Vegetarisch
- ☐ Veganistisch

Hoeveel water drinkt u op een dag?

Rookt u?

Ja / Nee

Doet u aan lichamelijke activiteit?

Ja / Nee

Wat is de elasticiteitsgraad/hydratatie van de huid?

- ☐ Gehydrateerd
- ☐ Tamelijk droog
- ☐ Uitgedroogd

Ben je jonger dan 18 jaar? Zo ja, wat zijn de initialen van de wettelijke voogd?



13 De Waag
7751 GW Dalen



+31 (0)6 - 21 91 01 16



info@no1clinic.nl

Intake vragen Bye Bye Striae

Heeft u in de afgelopen 7 dagen aspirine of bloed verdunnende producten gebruikt?

Ja / Nee

Heeft u stemmingsveranderende medicijnen gebruikt in de afgelopen acht uur?

Ja / Nee

Heeft u een voorgeschiedenis van koortsblaasjes of herpes?

Ja / Nee

Bent u gevoelig voor latex?

Ja / Nee

Heeft u een chemische of laserpeeling gehad? Zo ja, wanneer?

Heeft u eerdere problemen met tatoeages gehad? Of heeft uw arts u geadviseerd om op dit moment geen tatoeage te laten zetten?

Ja / Nee

Ondergaat u momenteel bestraling of chemotherapie?

Ja / Nee

Gebruikt u momenteel retin a of alpha hydroxy huidverzorgingsproducten?

Ja / Nee

Bent u allergisch voor een soort metaal?

Ja / Nee

Bent u ooit eerder een permanente make-up procedure ondergaan?

Ja / Nee

Bent u allergisch voor plaatselijke antibioticapreparaten of desensitizers (polysporine, bactitracine, neosporine of caine geneesmiddelen)?

Ja / Nee

Gaat u akkoord met onze voorwaarden en deze behandeling?

Ja / Nee

U dient 24 uur voor de behandeling nuchter te zijn van alcohol en drugs, gaat u daarmee akkoord?

Ja / Nee

Naam Cliënt: _____

Handtekening Cliënt: _____

Datum: _____



13 De Waag
7751 GW Dalen



+31 (0)6 - 21 91 01 16



info@no1clinic.nl