

INTAKE

Naam : _____

Adres: _____

PC + Plaats: _____

Email: _____ Tel: 06 - _____

Kruis aan wat van toepassing is

Heb je eerder (allergische) reacties gehad bij of na het waxen?	JA	NEE
Ben je verbrand, gevoelig voor warmte of heb je een hypersensitieve huid?	JA	NEE
Ben je allergisch voor bv tape, hars, bijen, lanoline (wolvet) etc.?	JA	NEE
Heb je wel eens een allergie reactie gekregen bij gebruik van pleisters?	JA	NEE
Gebruik je medicijnen?	JA	NEE
Ben je zwanger?	JA	NEE
Heb je recente littekens als keizersnede, blauwe plekken, of andere littekens op het te waxen lichaamsdeel - jonger dan 6 maanden?	JA	NEE
Ben je onder medische behandeling voor verbetering van de huid (oraal of uitwendig) - korter dan 6 maanden?	JA	NEE
Heb je een huidinfectie of huidirritatie (psoriasis, ringworm, krentenbaard, eczeem, etc.)?	JA	NEE
Bij JA, welke _____		
Heb je te kampen met wisselende bloeddruk?	JA	NEE
Bij JA, _____		
Heb je spataderen of gesprongen bloedvaatjes?	JA	NEE
Heb je Diabetes?	JA	NEE
Heb je Oedeem?	JA	NEE
Anders dan bovenstaand?	JA	NEE
Bij JA _____		

