

HELSEERKLÆRING

Fullt Navn : _____

Telefon : _____

Blir du behandlet for noe nå?

Ja Nei _____

Er du allergisk mot noe? Lidokain, lateks, salver, andre...

Ja Nei _____

Har du: hevelse, elveblest, kløe?

Ja Nei _____

Har du hatt episoder med besvimelse eller tap av bevissthet?

Ja Nei _____

Har du tatt noen medisiner de siste 6 månedene? Lette smertestillende midler (ibuprofen, ketonal, aspirin, ibuprom), medisiner/salver mot akne, antibiotika, antikoagulantia, sovemedisiner, beroligende midler, p-piller?

Ja Nei _____

Har du andre metallimplantater?

Ja Nei _____

Har du eller har du tidligere hatt noen form for kreft?

Ja Nei _____

Røyker du sigarettar?

Ja Nei _____

Har du drukket alkohol de siste 24 timene?

Ja Nei _____

Bruker du noen kosttilskudd?

Ja Nei _____

Bruker du solarium?

Ja Nei _____

Har du for øyeblikket noen virus-, bakterie-, soppinfeksjoner?

Ja Nei _____

Er du utsatt for unormal tilheling og arrdannelse?

Ja Nei _____

Har du brukt retinolkremer eller alpha/beta hydroksysyrer de siste 4 ukene?

Ja Nei _____

Er du gravid?

Ja Nei _____

Ammer du?

Ja Nei _____

Er du på hormonbehandling (tyroidea, menopause etc.)?

Ja Nei _____

Hvor mye vann drikker du?

Er det annen helseinformasjon som kan være relavant for oss og vite med tanke på behandlingen?

Jeg bekrefter at informasjonen jeg har gitt er sann og fullstendig. Jeg samtykker til behandlingen. Jeg ble kjent med kontraindikasjonene til prosedyren, og jeg vil følge anbefalingene etter behandling.

Ja Nei

Godkjenner du bruk av bildet til reklameforhold?

Ja Nei

Signatur