

ANAMNESEFORMULIER BALANS HUIDVERZORGING VENRAY

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam en achternaam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Geboortedatum _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

2. MEDISCHE GEGEVENS

A. Bent u onder behandeling van een arts of specialist? Zo ja, waarvoor?

B. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

C. Heeft u last van een van de volgende huidaandoeningen?

Acné

Herpes

Psoriasis

Versnelde littekenvorming

Melanoom

Bloedvatafwijkingen

Andere huidaandoening, namelijk: _____

D. Zijn de volgende ziektebeelden of kenmerken op u van toepassing?

Hartproblemen

Kanker of huidtumoren

Hoge bloeddruk

Immuunziekten

Lage bloeddruk

Verstoorde hormoonhuishouding

Diabetes

Metalen protheses

Epilepsie

Lenzen

Allergieën

Zwangerschap

Bloed of stollingsziekten, zoals trombose

Ander ziektebeeld/kenmerk, namelijk: _____

D. Bent u allergisch voor bepaalde producten? Zo ja, welke?
