Intakeformulier

ADIPOLOGIE GEZICHT

Screening / behandelplan / akkoord

Dit intakeformulier helpt om veilig, zorgvuldig en persoonlijk te werken. Vul alles zo volledig mogelijk in. Bij twijfel kan Silk Bodycare de behandeling uitstellen, aanpassen of een doktersattest vragen.

Naam klant: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Beroep / dagelijkse activiteit: _____

01 Behandeldoel en verwachtingen

Wat wil je met Adipologie Gezicht vooral verbeteren of ondersteunen?

- ☐ Huidstructuur verzorgen
- ☐ Kaaklijn meer aandacht geven
- ☐ Huidcomfort ondersteunen
- ☐ Ontspanning tijdens behandeling
- ☐ Gevoelige huid bespreken
- ☐ Frissere uitstraling
- ☐ Halszone verzorgen
- ☐ Huid steviger laten aanvoelen
- ☐ Onderhoud na eerder traject
- ☐ Andere huidwensen bespreken

Andere verwachting: _____

02 Te behandelen zones

- ☐ Voorhoofd
- ☐ Kaaklijn
- ☐ Hals
- ☐ Rond de mond
- ☐ Hele gezicht
- ☐ Wangen
- ☐ Onderkin
- ☐ Decollete
- ☐ Wangcontouren
- ☐ Andere zone _____

Intakeformulier

ADIPOLOGIE GEZICHT

Screening / behandelplan / akkoord

03 Startgegevens en opvolging

Vul deze startgegevens in voor een persoonlijke opvolging. De beoordeling gebeurt samen met de behandelaar; ervaringen en resultaten kunnen verschillen.

Datum intake

Huidtype

Huidconditie

Gevoelige zone

Vorige behandeling

Productgebruik

Huidcomfort

Opmerking

Foto's ☐ Ja ☐ Nee

04 Medische informatie en contra-indicaties

Ik verklaar dat ik Silk Bodycare volledig en eerlijk informeer over mijn gezondheidstoestand, medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik, implantaten, elektronische hulpmiddelen en eventuele klachten die relevant kunnen zijn voor de behandeling.

- ☐ Zwangerschap
- ☐ Pacemaker / defibrillator
- ☐ Metalen implantaten / stents
- ☐ Nier- of leveraandoening
- ☐ Epilepsie
- ☐ Kanker of lopende oncologische behandeling
- ☐ Ernstige spataderen
- ☐ Wonden, ontsteking of infectie
- ☐ Recente operatie of ingreep
- ☐ Gebruik van bloedverdunners
- ☐ Allergieën of overgevoeligheden
- ☐ Borstvoeding
- ☐ Neurostimulator
- ☐ Hartziekte of hartritmestoornissen
- ☐ Bloedziekte of stollingsprobleem
- ☐ Diabetes
- ☐ Trombose / flebitis
- ☐ Huidproblemen in de behandelzone
- ☐ Koorts of algemeen ziek gevoel
- ☐ Recente injectables of cosmetische behandeling
- ☐ Recente peelings of laser
- ☐ Geen van bovenstaande

05 Medicatie, allergieën en toelichting

Welke medicatie gebruik je momenteel?

Heb je allergieën, huidreacties of overgevoeligheden?

Recent fillers, botox, peelings of huidbehandelingen gehad?

Intakeformulier

ADIPOLOGIE GEZICHT

Screening / behandelplan / akkoord

06 Levensstijl en voorbereiding

Deze informatie helpt om het traject realistischer te plannen en de adviezen af te stemmen op jouw situatie.

Hoeveel water drink je gemiddeld per dag?	☐ Minder dan 1 liter	☐ 1-1,5 liter	☐ 1,5-2 liter	☐ Meer dan 2 liter
Beweeg je regelmatig?	☐ Nee	☐ Soms	☐ Wekelijks	☐ Meerdere keren per week
Rook je?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Af en toe	
Alcohol / cafeïne	☐ Zelden	☐ Soms	☐ Regelmatig	
Voedingspatroon	☐ Regelmatig	☐ Onregelmatig	☐ Veel zout/suiker	☐ Ik wil begeleiding

07 Voorstel behandelplan Adipologie Gezicht

Gekozen formule / traject: _____

Aantal sessies: _____

Frequentie: _____

Startdatum: _____

Geldig tot: _____

Prijs / totaalbedrag: _____

Betaald voorschot: _____

Resterend saldo: _____

Alle abonnementen, pakketten, kuren en trajecten zijn 12 maanden geldig vanaf de startdatum, tenzij schriftelijk anders vermeld. Betaling gebeurt bij het inboeken of opstarten van de afspraak, tenzij vooraf schriftelijk anders overeengekomen.

08 Betaalwijze

☐ Contant	☐ Bancontact
☐ Payconiq	☐ Creditcard
☐ Overschrijving	☐ Online betaling
☐ Maandelijkse betaling / abonnement	☐ Andere: _____

Intakeformulier

ADIPOLOGIE GEZICHT

Screening / behandelplan / akkoord

09 Afspraken, annulatie en no-show

1. Bij het boeken van de eerste afspraak wordt het gekozen behandeltraject, pakket of abonnement geactiveerd.
2. De klant verbindt zich ertoe alle gemaakte afspraken correct na te komen.
3. Afspraken kunnen kosteloos verplaatst worden tot 48 uur vóór de afspraak, tenzij schriftelijk anders overeengekomen.
4. Wanneer de klant niet verschijnt op een geboekte afspraak, niet tijdig annuleert of te laat annuleert, wordt de sessie beschouwd als een opgenomen sessie.
5. Een gemiste of te laat geannuleerde sessie blijft volledig verschuldigd en wordt niet terugbetaald.
6. Bij medische overmacht kan Silk Bodycare, na overleg en eventueel bewijs, beslissen om de afspraak éénmalig te verplaatsen.

10 Toestemming, eigen verantwoordelijkheid en vrijwaring

1. Ik heb uitleg gekregen over aard, doel, mogelijke effecten, beperkingen, risico's, prijs en voorwaarden van de gekozen behandeling.
2. Ik begrijp dat Silk Bodycare geen medische instelling is en dat deze behandeling geen vervanging is voor medisch advies, diagnose of behandeling.
3. Ik begrijp dat resultaten per persoon verschillen en dat Silk Bodycare geen medische, esthetische of resultaatsgarantie kan geven.
4. Ik verklaar dat alle medische informatie volledig, correct en actueel is.
5. Ik begrijp dat de behandeling kan worden geweigerd of uitgesteld wanneer er twijfel bestaat over mijn geschiktheid.
6. Ik volg de adviezen rond water drinken, beweging, voorbereiding en nazorg zorgvuldig op.
7. Ik vrijwaar Silvia Deruddere, Silk Bodycare en Silkfoto BV, voor zover wettelijk toegestaan, van aansprakelijkheid voor gevolgen die ontstaan door het achterhouden van informatie, het negeren van contra-indicaties of het niet opvolgen van instructies.
8. Ik bevestig dat ik mijn vragen heb kunnen stellen, dat deze naar tevredenheid zijn beantwoord en dat ik dit formulier vrijwillig onderteken.

11 Akkoord voor intake en behandeling

- ☐ Ik heb dit intakeformulier volledig en eerlijk ingevuld.
- ☐ Ik ga akkoord met de voorwaarden, betalingsafspraken en no-showregeling.
- ☐ Ik geef toestemming om, indien geschikt bevonden, het behandeltraject op te starten.
- ☐ Ik begrijp dat ik wijzigingen in mijn gezondheidstoestand onmiddellijk moet melden.

12 Ondertekening

Naam klant: _____

Handtekening klant: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Naam behandelaar: Silvia Deruddere

Handtekening behandelaar: _____

Datum: _____