

KLANTENFICHE

Ondergetekende, (voornaam & familienaam)
Adres
Telefoon Email
Geboortedatum

1 SPECIFIEKE VRAGENLIJST GELAAT

1a JOUW HUID BEHOEFTE

- Hoe zou je zelf jouw huid omschrijven? (omcirkel wat van toepassing is)
.....
.....
 - **Veroudering** : schade door zon, rimpels, fijne lijntjes, dunne huid, huidverslapping
 - **Gevoeligheid** : rode vlekken, uitslag, reactieve huid, verwijde haarvaten, jeuk
 - **Dehydratatie** : droge & schilferige huid, trekkerige huid, ruwe textuur
 - **Pigmentatie** : donkere pigmentvlekken, lichtere vlekken zonder pigment, donkere kringen onder de ogen
 - **Puistjes** : vette T-Zone, vette huid, vergrote poriën, occasionele puistjes, ernstige puist(en), on-egale textuur, litteken
- Waar wil je graag aan werken? Wat is jouw focuszone?
.....
.....
- Hoe ziet jouw huidig verzorgingsritueel er uit (omcirkel het passende antwoord) :
 - * **Ochtend** : reiniger, toner/tonic, peeling/scrub, masker, serum, dagcrème, zonnebescherming, extra :
.....
 - * **Avond** : reiniger, toner/tonic, peeling/scrub, masker, serum, nachtcrème, extra :
.....
.....
- Welk merk gebruik je en waarom?
.....
Hoe lang gebruik je deze producten al?
.....
Zijn deze producten jou aangeraden na een professionele huidanalyse?
.....
- Welke texturen verkies je? rijk - fijne serums - gel
- Hoe vaak laat u een professionele behandeling uitvoeren?
.....

1b RESULTAAT HUIDCONSULT OBSERV

DAGLICHTMODUS

- Rimpels : weinig – gemiddeld – hoog
- Verslapping : weinig – gemiddeld – hoog
- Oogcontour: donkere kringen - wallen - volumetekort

CROSS-GEPOLARISEERD

- Rosacea
- Couperose
- Gevoeligheid

PARALLEL-POLARISATIE

- Hydratie : vochttekort – vettekort
- Poriënstructuur, grove open poriën zone: T-zone, neusvleugels

TRUE UV

- Zonneschade
- Ouderdomsvlekken
- Melasma

GESIMULEERD WOODS

- Vette huid
- Gecombineerde huid
- Vochtarme huid

1c MEDISCHE VRAGENLIJST GELAAT

<ul style="list-style-type: none"> ● Chronische huidziekte Indien ja, welke? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> ● Ben je allergisch? • voor voedingsstoffen? Welke? • geneesmiddelen zoals aspirine? 	ja/nee ja/nee ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> ● Neem je medicatie? • antibiotica/cortisone? • isotretinoïne (roaccutane) in de laatste 6 maanden? • andere medicatie of kruiden, welke? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
Ben je in behandeling (geweest) voor kanker of huidtumoren?	ja/nee
Heb je ooit al een koortsblaasje (herpes virus) gehad? Indien ja, wanneer was jouw laatste opstoot?	ja/nee ja/nee
Heb je recent één van volgende behandelingen ondergaan? <ul style="list-style-type: none"> ● Fillers/botox? Indien ja, wanneer? ● Chemische peeling/microdermabrasie/laserbehandeling? Indien ja, wanneer? ● Ontharing in het gelaat? Indien ja, wanneer? ● Plastisch chirurgische ingreep? Indien ja, wanneer? ● Permanente make-up? Indien ja, wanneer? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee

2 SPECIFIEKE MEDISCHE VRAGENLIJST PMU

Ik lijd aan enige vorm van:	
<ul style="list-style-type: none"> Diabetes / hemofilie / epilepsie / hart- en vaatafwijkingen / astma / immuunstoornis? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Chronische huidziekte zoals vitiligo/psoriasis/alopecia? Indien ja, welke? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Allergie voor kleurstoffen? Welke? Allergie voor voedingsstoffen? Welke? Allergie voor verdovende stof zoals lidocaïne? Allergie voor aspirine? Heb je ooit op iets allergisch gereageerd? Indien ja, waarop? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Heb je een pacemaker? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Heb je metalen implantaten? Draag je een beugel? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Heb je glaucoom? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Draag je lenzen? Draag je een bril? Indien ja, gelieve deze bij de hand te houden bij het voortekenen van de wenkbrauwen. 	ja/nee ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> Neem je medicatie? <ul style="list-style-type: none"> antibiotica / cortisone? isotretinoïne (roaccutane) in de laatste 6 maanden? bloedverdunners? (ook natuurlijke zoals gemberthee, chia-zaadjes...?) vochtafdrijvende medicatie? andere medicatie of kruiden, welke? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
Ben je momenteel in behandeling voor kanker of huidtumoren? Ben je hier vroeger voor behandeld geweest? Indien ja, wanneer?	ja/nee ja/nee
Hoe verloopt jouw wondgenezing: <ul style="list-style-type: none"> Heb je snel oedeem (zwellen, vochtophoping)? Heb je problemen aan de schildklier? Heb je kelloïdvorming (wild vlees)? Heb je snel blauwe vlekken? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
Heb je ooit al een koortsblaasje (herpes virus) gehad? <ul style="list-style-type: none"> Op de lippen? Elders op het lichaam? Indien ja, wanneer was jouw laatste opstoot?	ja/nee ja/nee ja/nee
Heb je recent één van volgende behandelingen ondergaan? <ul style="list-style-type: none"> Fillers/botox? Indien ja, wanneer? Chemische peeling/microdermabrasie/laserbehandeling? Indien ja, wanneer? Ontharing in het gelaat? Indien ja, wanneer? Plastisch chirurgische ingreep? Indien ja, wanneer? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee

<ul style="list-style-type: none"> • Oogoperatie: laser/krasjes? Indien ja, wanneer? • Permanente make-up? Indien ja, wanneer? 	
--	--

3 SPECIFIEKE MEDISCHE VRAGENLIJST DEFINITIEVE ONTHARING/DETATOUAGE/PHOTOFACIAL

<ul style="list-style-type: none"> • Welk huidtype heb je? I II III IV V VI 	
<ul style="list-style-type: none"> • Is de huid blootgesteld aan zon, zelfbruiners of zonnebank de laatste 6 weken voor de behandeling? Weet dat de behandeling niet kan doorgaan. 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Neem je lichtgevoelige kruidenpreparaten? Zoals sint-janskruid, ginko biloba... of essentiële oliën? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Heb je actieve ontstekingen op de te behandelen zone? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Ben je gevoelig voor spataderen op de te behandelen zone? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische huidziekte zoals vitiligo/psoriasis/alopecia? Indien ja, welke? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik je momenteel aspirine of bloedverdunners? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Neem je vitamines om haargroei te bevorderen? 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Heb je metalen implantaten? Draag je een beugel? 	ja/nee

<ul style="list-style-type: none"> • Neem je medicatie? <ul style="list-style-type: none"> • antibiotica / cortisone? • isotretinoïne (roaccutane) in de laatste 6 maanden? • bloedverdunners? (ook natuurlijke zoals gemberthee, chia-zaadjes...?) • vochtafdrijvende medicatie? • andere medicatie of kruiden, welke? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
<p>Ben je momenteel in behandeling voor kanker of huidtumoren? Ben je hier vroeger voor behandeld geweest? Indien ja, wanneer?</p>	ja/nee ja/nee
<p>Hoe verloopt jouw wondgenezing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heb je snel oedeem (zwellling, vochtophoping)? 	ja/nee
<p>Heb je ooit al een koortsblaasje (herpes virus) gehad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op de lippen? • Elders op het lichaam? <p>Indien ja, wanneer was jouw laatste opstoot?</p>	ja/nee ja/nee ja/nee
<p>Heb je recent één van volgende behandelingen ondergaan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fillers/botox? Indien ja, wanneer? • Chemische peeling/microdermabrasie/laserbehandeling? Indien ja, wanneer? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee

<ul style="list-style-type: none"> ● Ontharing in het gelaat? Indien ja, wanneer? ● Plastisch chirurgische ingreep? Indien ja, wanneer? ● Permanente make-up/tatoeage/camouflage? Indien ja, wanneer? 	ja/nee
--	--------

4 SPECIFIEKE MEDISCHE VRAGENLIJST BODYSHAPING EMSculpt Neo / LPG / INDIBA

● Heb je een koperspiraal?	ja/nee
● Heb je metalen of elektronische implantaten? Zoals pacemaker/heupprotheses?	ja/nee
● Heb je medicijnpompen?	ja/nee
● Heb je een bindweefsel- of spieraandoening? spierblessures?	ja/nee
● Ben je momenteel in behandeling voor kanker of huidtumoren? Ben je hier vroeger voor behandeld geweest? Indien ja, wanneer?	ja/nee
● Heb je longinsufficiëntie?	ja/nee
● Heb je een hart- of vaatziekte?	ja/nee
● Heb je een besmettelijke huidziekte?	ja/nee
● Heb je de ziekte van Graves?	ja/nee
● Heb je recent een plastisch chirurgische ingreep ondergaan? Indien ja, wanneer?	ja/nee

5 ALGEMENE VRAGENLIJST: JOUW LEVENSTIJL

<ul style="list-style-type: none"> • Rook je? Indien ja, hoeveel • Volg je een specifiek dieet? Indien ja, welk? • Eet je dagelijks dierlijke zuivelproducten? • Heb je stress? Indien ja, geef uw cijfer op een schaal van 1 tot 10 • Sport je regelmatig? Indien ja, wat en hoe vaak? • Neem je voedingssupplementen? Indien ja, welke? • Drink je voldoende water? Indien ja, hoeveel per dag? • Zon je graag? Ga je regelmatig onder de zonnebank? Heb je recent zelfbruiners gebruikt? 	ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee ja/nee
---	--

Vrouwelijke klanten: <ul style="list-style-type: none"> • Ben je zwanger, geef je borstvoeding? 	ja/nee
--	--------

6a VOORSTEL BEHANDELTRAJECT BAR A BEAUTE

Conclusie huiddiagnose & ons voorstel behandeltraject

.....

.....

.....

6b VOORSTEL BEHANDELTRAJECT THUIS

Voorstel thuisverzorgingstraject (fiche voor thuis: foto & in esthios)

7 AKKOORD KLANT

Ik verklaar het volgende:

<ul style="list-style-type: none"> • Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze behandeling, 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Het verloop van de behandeling werd me duidelijk uitgelegd, 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Ik begrijp dat het correct opvolgen van de nazorginstructies de kans op bijwerkingen vermindert. Ik heb deze instructies ontvangen & lees deze na www.barabeaute.be. 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Je geeft toestemming om uw gegevens te gebruiken en te verwerken. Wij geven uw gegevens niet door aan derden en houden ons aan de privacywetgeving. 	ja/nee
<ul style="list-style-type: none"> • Mijn voor- en na-foto's mogen voor sociale doeleinden (b.v. Facebook...) gebruikt worden. 	ja/nee

• Ik ga akkoord met de prijs voor mijn behandeling: €	ja/nee
---	--------

Ik bevestig dat alles naar waarheid is ingevuld, up to date is en dat ik geen informatie heb achtergehouden. Als iets aan bovenstaande informatie wijzigt, breng ik Bar à Beauté hiervan op de hoogte voor het starten van de volgende behandeling.

Voor akkoord, "gelezen en goedgekeurd",
 Voornaam & familienaam en handtekening klant, datum, plaats

.....

8 OPVOLGING KLANT

Behandeling	Datum	Handtekening
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	
..... Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie	

Ik verklaar hierbij dat er geen wijzigingen zijn in bovenstaande informatie		
---	--	--