DATUM FÖR KONSULTATION: ……………………………………………………………………

BESÖK HOS: ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Skinbooster** klinik

Hälsodeklaration

# NAMN OCH PERSONUPPGIFTER

Namn ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Personnr …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Adress………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Telefon………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Yrke/Sysselsättning……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Den personliga information som vi samlar in hanteras på ett ansvarsfullt sätt med hänsyn till din integritet. Vi hanterar alla personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning.*

# HÄLSOINFORMATION

**Tar du regelbundet någon medicin? (Gäller även p-piller, hormoner, vitaminer och naturläkemedel.)**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vilken? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du, eller har du haft, någon allvarlig sjukdom?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vad och när? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du, eller har du haft, någon hudsjukdom?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vilken? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du epilepsi?**

**☐** Ja **☐** Nej

**Har du högt blodtryck?**

**☐** Ja **☐** Nej

**Har du diabetes?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vilken typ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du läppherpes (dvs herpes i ansiktet)?**

**☐** Ja **☐** Nej

**Har du någon pågående infektion?**

**☐** Ja **☐** Nej

**Har du någon form av blodsmitta?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vilken? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Är du överkänslig eller allergisk mot några mediciner, äggvita?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vilka? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du gjort några hudbehandlingar tidigare (t.ex. kemisk peeling, laser eller needeling)?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vad/vilka? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du tidigare reagerat mot hudbehandlingar eller hudvårdsprodukter?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, mot vad? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du upplevt fördröjt sårläkning, ärrbildning eller pigmentrubbning efter hudbehandlingar?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vad? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna?**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, när? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Använder du någon form av nikotin? Gäller även nikotinplåster och dylikt.**

**☐** Ja **☐** Nej Om ja, vad och hur mycket? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Finns det någon möjlighet att du är gravid?**

**☐** Ja **☐** Nej **Lider du av psykisk ohälsa?**

**☐** Ja **☐** Nej

**Känner du dig fullt frisk?**

**☐** Ja **☐** Nej

Jag intygar att ovanstående uppgifter är sanna och är införstådd med att osanna/ ofullständiga uppgifter kan innebära en säkerhetsrisk vid min skönhetsbehandling/ingrepp.

ORT OCH DATUM

|  |  |
| --- | --- |
| NAMNTECKNING |  |
|  |  |

