



**Toestemmingsformulier / vragenlijst omtrent uw gezondheid:**

Heeft u hartklachten of een hartaandoening?

Ja

Nee

Heeft u een longziekte of problemen met ademen?

Ja

Nee

Heeft u last van hyperventilatie?

Ja

Nee

Heeft u last van een hoge bloeddruk?

Ja

Nee

Heeft u epilepsie en gebruikt u daarvoor medicijnen?

Ja

Nee

Heeft u diabetes type 1 of 2?

Ja

Nee



Heeft u een leverziekte?

Ja

Nee

Heeft u een nierziekte?

Ja

Nee

Heeft u een kwaadaardige ziekte (of gehad)?

Ja

Nee

Heeft u een verhoogde kans op bloedingen of een stollingsprobleem?

Ja

Nee

Gebruikt u op dit moment antibiotica?

Ja

Nee

Bent u zwanger?

Ja

Nee

Ik verklaar hierbij dat ik niet ben besmet met een via bloed overdraagbare ziekte (zoals HIV, Hepatitis A,B of C of andere via bloed overdraagbare ziekte hiervoor niet genoemd). Ik verklaar hierbij dat mijn behandeling op geen enkele wijze de gezondheid van de behandelaar of derden in gevaar kan brengen.

Ik verklaar hierbij dat ik de leeftijd van 18 jaar heb bereikt en dat de keuze om een (medische) tatoeage te laten aanbrengen weloverwogen is.



Hierbij verleen ik toestemming om behandeld te worden met een (medische) tatoeage door Friesland Medical Art:

Naam.....

Adres.....

PC en Woonplaats.....

Geboortedatum.....

Telefoonnummer.....

Leeuwarden, d.d. ....

Handtekening .....