Journal/klientskjema for kunder hos:

**VENNLIGST SKRIV I BLOKKBOKSTAVER**

**Eiktoppen Hud og Helse AS**

- Fornavn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Etternavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
- Postnummer/sted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Epost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Fødselsdato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

For å kunne tilby deg en så god og trygg behandling som mulig trenger vi å vite enkelte sensitive personopplysninger om deg og din helsetilstand og forventninger til behandlingen(e). Dette gjelder samtlige behandlinger hos Eiktoppen Hud og Helse AS. Formålet er en så effektiv og **sikker** behandling som mulig for deg som kunde og for oss som terapeuter. Opplysningene er konfidensielle og vil bli behandlet deretter. Det er frivillig å gi fra seg disse opplysningene og du har rett til å få vite hva slags opplysninger vi har på deg som kunde. Feilaktige/gale opplysninger kan kreves rettet eller slettet. Eiktoppen Hud og Helse AS fraskriver seg alt ansvar ved feilaktige eller ikke opplyste opplysninger på skrivende tidspunkt og kunden har informasjonsplikt om dette endrer seg ved senere anledning. Behandlingen(e) utføres på eget ansvar og det er Eiktoppen Hud og Helse AS sitt ansvar at vi følger alle lovverk vi er omfattet med. Informasjonen om deg vil oppbevares og benyttes i henhold til personvernloven pr.25.05.2018. Du kan når som helst kreve din data slettet. Din data slettes automatisk ved 12 måneders inaktivitet. Eiktoppen Hud og Helse AS er ansvarlige for å overholde personvernloven.

- Ønske/forventninger for behandlingen(e)?

1. Kryss av hvis du har noe av det nevnte sykdommene/tilstandene:

Kreft

Epilepsi

Hormonell ubalanse

Forstyrret skjoldbruskkjertel

Rygg/nakkeskader

Rosacea

Hysterektomi

Astma/luftveisplager

MRSA smitte

Benskjørhet

Muskelsykdom

Lymfesykdom

Nyreproblemer

Port wine haemangoima Shingles

Alvorlig acne

Hiruism

Herpes

Arr/opperasjonssår/keloider Psoriasis

Pigmentering

Vitiligo

Cystisk ovaries syndrom

Kroniske sykdommer

Hjerte/kar sykdommer Immunsykdom

Hiv/Aids

Hepatitt

Hemofili/bløder

Lupus

Fiskehud

Grå stær

Melanomer

Diabetes

Alopecia

Eksem

Forstyrret sårheling

Høyt blodtrykk

Metallimplantater i kroppen Klaustrofobi

Annet\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Blir du/har du blitt behandlet for noe av punktene på forrige side? **JA NEI**

Hvis ja, beskriv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tar du noen reseptbelagte medisiner? **JA NEI**

Hvis ja, hvilke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Har du fått utført kjemisk peeling/hudsliping/laser eller brukt roaccutane, retinol A, isotretinoin iløpet av de siste 6 månedene? **JA NEI**
2. Har du røyket, snuset, drukket alkohol eller tatt smertestillende medisiner de siste 24timene? **JA NEI**
3. Hvordan føler du selv at din allmenntilstand er? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Hvilken type massasje foretrekker du? Lett Medium Kraftig

1. Kryss av hvis du er allergisk mot:

Parfyme

Pollen

Plaster

Nøtter

Nikkel

Dyr og/eller skalldyr

Lim

Hårfarge

Kontaktallergi

Latex Tannlegebedøvelse Støv

Annet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Er du gravid? **JA NEI**

Hvis ja, - antall måneder \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ammer du? **JA NEI**
2. Jeg godtar å bli fotografert anonymt for markedsføring eller egen læring **JA**  **NEI**

Jeg samtykker i å ha gitt tilstrekkelige opplysninger til min terapeut angående behandlingen(e) som skal utføres. Jeg er inneforstått med at jeg behandles på eget ansvar. Jeg er gjort kjent med før og etter behandling og mulige bivirkninger av behandlingen. Alle ansatte ved Eiktoppen hud og helse AS har taushetsplikt i i henhold til helsepersonelloven.

Dato/underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_