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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_