


Naam deelnemer:		Deelnemer nummer:.....		
Datum:.....				
Persoonlijke gegevens, kruis aan indien van toepassing:				
Naam cliënt	Leef / werkomstandigheden			
	<input type="radio"/> Binnen	<input type="radio"/> Buiten		
Geboortedatum cliënt	<input type="radio"/> Dagtaken	<input type="radio"/> Nachttaken		
	<input type="radio"/> Regelmatig	<input type="radio"/> Onregelmatig		
Medische achtergrond en contra-indicaties				
Bent u onder doktersbehandeling?	Ja/nee	Toelichting		
Gebruikt u medicijnen?	Ja/nee	Toelichting		
Bent u diabetespatiënt?	Ja/nee	Toelichting		
Draagt u lenzen?	Ja/nee	Toelichting		
Heeft u metalen in het lichaam; ivm gelijkstroomapparatuur?	Ja/nee	Toelichting		
Bent u allergisch voor bepaalde producten of stoffen?	Ja/nee	Producten of stoffen:		
Bent u momenteel zwanger?	Ja/nee	i.v.m. ozon		
Huiddiagnose, omcirkel of kruis aan wat van toepassing is				
Huidtype	<input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Vet <input type="radio"/> Droog		<input type="radio"/> Gecombineerd: aangeven hoe Neus: Kin: Wangen: Voorhoofd :	
	Vochtgehalte	<input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Plaatselijk vochtarm	<input type="radio"/> Algeheel vochtarm	
Bloedcirculatie	<input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Traag	<input type="radio"/> Hoog/stuwend		
Spierspanning	<input type="radio"/> Goed <input type="radio"/> Plaatselijk verslapt	<input type="radio"/> Algeheel verslapt		
Gevoeligheid	<input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Gevoelig	<input type="radio"/> Overgevoelig		
UV gevoeligheid	I Verbrandt altijd bruint niet	II Verbrandt meestal bruint beetje	III Verbrandt soms bruint	IV Verbrandt soms bruint snel
			V Verbrandt niet is reeds getint	
			1. Comedonen 2. Miliem 3. Telangiectasien 4. Spidernaevus 5. Hyperpigmentatie 6. Hypopigmentatie 7. Littekens 8. Fibromen 9. Verruca 10. Overbeharing 11. Overig :	

Opdracht gegeven door assessor		Opdracht gegeven door assessor	
knippen van wenkbrauwen en/of oor- en neusharen	(7)	verven wimpers en wenkbrauwen	(11)
ontharen bovenlip of kin of wangen	(8)	comedonen/milia verwijderen	(12)
verwijderen van ingegroeide baardharen	(9)	masker	(13)
epileren wenkbrauwen	(10)	dag make-up	(14)

Doelstelling behandeling:

Geef minimaal 2 doelstellingen aan passend bij de analyse van het huidgebied.

- | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reinigende behandeling (2) | <input type="checkbox"/> Kalmeren van de huid/ huiddoorbloeding (5) |
| <input type="checkbox"/> Verbeteren van de spierspanning (4) | <input type="checkbox"/> Verbeteren van het vochtgehalte (3) |
| <input type="checkbox"/> Stimuleren van de doorbloeding (4) | <input type="checkbox"/> Anders |

Aan de hand van deze doelstellingen dient het gehele behandelplan te worden ingevuld. Ook de producten, methoden en materialen dienen hierop afgestemd te worden.

U kunt verdergaan met het samenstellen van het behandelplan gebaseerd op uw cliënt, bovenstaande doelstellingen en de opdracht van de assessor. Pas minimaal 1 apparaat toe.

Onderdeel	Beschrijf uw behandelingsmethode, de materialen die u hierbij gaat gebruiken en de producten die u hierbij gaat gebruiken.	Akkoord of aanvulling door de assessor
1. Oppervlakte-reiniging (verplicht)	<p>Welk product past u toe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hydrofiele olie <input type="checkbox"/> Milk/lotion <input type="checkbox"/> Anders..... <p>Welke materialen of apparatuur gebruikt u hierbij?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kwast <input type="checkbox"/> Spatel <input type="checkbox"/> Borstelapparaat <input type="checkbox"/> Waterdamp <input type="checkbox"/> Warme kompressen <input type="checkbox"/> Anders..... <p>Noem de werkzame stof in het reinigingsproduct.....</p>	
2. Diepte-reiniging	<p>Wat gaat u doen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peeling <input type="checkbox"/> Lysing <input type="checkbox"/> Scrub <input type="checkbox"/> Zuren <input type="checkbox"/> Anders <p>Welke materialen of apparatuur gebruikt u hierbij?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kwast <input type="checkbox"/> Spatel <input type="checkbox"/> Borstelapparaat <input type="checkbox"/> Waterdamp <input type="checkbox"/> Warme kompressen <input type="checkbox"/> Anders..... <p>Noem de werkzame stof in het product.....</p> <p>Inwerktijd:.....</p>	

Onderdeel	Beschrijf uw behandelingsmethode, de materialen die u hierbij gaat gebruiken en de producten die u hierbij gaat gebruiken.	Akkoord of aanvulling door de assessor
3. Vocht-behandeling	Apparaat:..... Product:..... Noem de werkzame stof in het product.....	
4. Stimuleren/activeren	In verband met: <input type="checkbox"/> Rimpelvorming/ verslapping <input type="checkbox"/> Trage doorbloeding Apparaat:..... Product:..... Noem de werkzame stof in het product.....	
5. Kalmeren	In verband met: <input type="checkbox"/> Gestuwde huid <input type="checkbox"/> Teleangiëctasieën <input type="checkbox"/> Sterk reactieve huid Apparaat:..... Product:..... Noem de werkzame stof in het product.....	
6. Massage	Welke klassieke massage gaat u geven? <input type="checkbox"/> Overwegend ontspannend/kalmerend <input type="checkbox"/> Overwegend stimulerend <input type="checkbox"/> U dient alle klassieke massagegrepen uit te voeren. Echter kunt u om het doel te bewerkstelligen sommige grepen meer in uw massage verwerken. Welke massagegrepen gaat u in uw massage de nadruk opleggen? <input type="checkbox"/> Effleurage <input type="checkbox"/> Petrissage <input type="checkbox"/> Frictie <input type="checkbox"/> Tapotement <input type="checkbox"/> Vibratie Contra-indicaties van grepen	
ONTHAREN OPDRACHT		
7. Knippen van wenkbrauwen, oor- en neushaar	Materialen:..... Gebruik van producten:.....	
8. Harsen	<input type="checkbox"/> Bovenlip <input type="checkbox"/> Kin <input type="checkbox"/> Wangen <input type="checkbox"/> Voorhoofd	

Onderdeel	Beschrijf uw behandelingsmethode, de materialen die u hierbij gaat gebruiken en de producten die u hierbij gaat gebruiken.	Akkoord of aanvulling door de assessor
9. Verwijderen ingegroeide baardharen	Materialen:..... Gebruik van producten:.....	
10. Epileren	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nieuw model: ○ Huidig model bijwerken 	
OVERIGE OPDRACHT		
11. Verven	Wimpers (combinatie van kleuren mag) <ul style="list-style-type: none"> ○ Zwart ○ Blauw ○ Grijs ○ Bruin Wenkbrauwen (combinatie van kleuren mag) <ul style="list-style-type: none"> ○ Zwart ○ Grijs ○ Bruin ○ Blauw 	
12. Verwijderen comedones/milia	Materialen:..... Gebruik van producten:.....	
13. Masker/Pakking	Doelstelling en invloed van het product? <ul style="list-style-type: none"> ○ Stimulerend ○ Revitaliserend ○ Reinigend ○ Kalmerend ○ Hydraterend Wat is de grondsamenstelling en de werkzame stof van het product ? O Poeder O Crème O Oliebasis O Gel Noem de werkzame stof in het product..... Houdt u de pakking vochtig en/of warm en/of koel?..... Evt. gebruik van een apparaat:..... Specifieke materialen/hulpmiddelen Nabehandeling van de pakking?	
14. Volledige make-up	Toepassing: <ul style="list-style-type: none"> ○ standaard ○ corrigerend Camouflage van..... Gebruik bijzondere producten.....	

Benoem hier uw werkvolgorde:

Thuisadvies		
Reinigingsproducten	's –Ochtends <ul style="list-style-type: none"> ○ Milk ○ Wascrème ○ Wasgel ○ Hydrofiele olie ○ Lotion ○ Anders..... 	's-Avonds <ul style="list-style-type: none"> ○ Milk ○ Wascrème ○ Wasgel ○ Hydrofiele olie ○ Lotion ○ Anders.....
Verzorgingsproducten	's –Ochtends <ul style="list-style-type: none"> ○ Dagcrème hydratant ○ Dagcrème voor de gevoelige huid ○ Dagcrème voor vette huid ○ Dagcrème voor gecomb. huid ○ Dagcrème voor droge huid ○ Dagcrème voor rijpere huid 	's-Avonds <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachtcrème hydratant ○ Nachtcrème voor de gevoelige huid ○ Nachtcrème voor vette huid ○ Nachtcrème gecomb. huid ○ Nachtcrème voor droge huid ○ Nachtcrème voor rijpere huid
Speciale reiniging	<ul style="list-style-type: none"> ○ Peeling ○ Scrub ○ Lysing ○ Anders..... 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dagelijks ○ Wekelijks ○ Maandelijks ○ Anders:.....
Maskers	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hydraterend ○ Stimulerend ○ Kalmerend ○ Reinigend ○ Revitaliserend ○ Anders..... 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dagelijks ○ Wekelijks ○ 2 x per week ○ Anders:.....
Speciale verzorging	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oogcrème ○ Halscrème ○ Decolleté crème ○ Zonnebrand crème: <ul style="list-style-type: none"> ○ SPF 1 - 10 ○ SPF 11 -20 ○ SPF 21 – 30 ○ SPF 31 - 50 ○ Serum ○ Ampul ○ Anders..... 	

Eventueel algemeen advies:

Voeding:

Eventueel doorverwijzing naar:

Anders:

Evaluatie/ reflectie van de behandeling

Beschrijf hier welke handelingen u anders hebt gedaan dan u op het behandelplan hebt ingevuld.

Geef een beschrijving hoe u terug kijkt op de door u gegeven behandeling.

Bent u tevreden; wat kunt u de volgende keer verbeteren, wat had u liever anders gedaan?

Bent u nog tegen onvoorziene omstandigheden opgelopen, zo, ja welke?