

Naam deelnemer: **Deelnemer nummer:**.....**Datum:**.....

Persoonlijke gegevens:

Naam cliënt: Geboortedatum client

Leef-/werkomstandigheden cliënt:

Wensen en verwachtingen van de cliënt

Relevante informatie voor de anti-aging behandeling (medische voorgeschiedenis, beroep, etc.)

Analyse Gelaat/Lichaam, omcirkel of kruis aan wat van toepassing is

Huidtype	<input type="radio"/> Normaal	<input type="radio"/> Gecombineerd: <i>aangeven hoe</i>	
	<input type="radio"/> Vet	Neus: Kin:	
	<input type="radio"/> Droog	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

Relevante huidafwijkingen en indicaties (van belang voor de behandeling), geef aan waar:

Behandelplan; beschrijf wat je gaat doen en benoem de eventuele hulpmiddelen/producten

Doelstelling van de behandeling:	Doelstelling Producten
---	--

Apparatuur passend bij de indicatie:	<input type="checkbox"/> iontoforese <input type="checkbox"/> elektrostimulatie/kinesie <input type="checkbox"/> elektrische desincrustatie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> microdermabrasie <input type="checkbox"/> vacuümzuig <input type="checkbox"/> cupping <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	--

Anti aging behandeling
-------------------------------	---

Specialistische massage
--------------------------------	---

Thuisadvies/doorverwijzing/nazorg (indien relevant):

.....

advies kuurbehandeling/indicatie kosten:

.....

Evaluatie en reflectie.....

