

**Doctor Brow. Org.nr 929 495 292**  
**Skedsmo Senter 2. etg. Furuholtet 1, 2020 Skedsmokorset.**  
**Tlf: 92375686**

## **KLIENSKJEMA FOR PERMANENT MAKEUP**

Navn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fødselsdato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **HELSE OG TILSTAND**

Allergi ( ) Beskriv \_\_\_\_\_

Rosacea ( ) Eksem ( ) Psoriasis ( ) Kviser ( ) Utslett ( ) Furunkel ( )

Melanoma / Hudkreft\* ( ) Cellegiftkur\* ( ) Hemofili\* ( ) Hjertesykdom\* ( )

Hepatit\* ( ) Diabetes\* ( ) Angst ( ) Depresjon ( ) Gravid\* ( ) Amming\*( )

Anemi\* ( ) Roaccutan ( ) Keloid ( )

Faste medisiner ( ) \_\_\_\_\_

Hud behandling med syre ( ) Peeling ( ) Når ? \_\_\_\_\_

Botox ( ) Når ? \_\_\_\_\_ Microneedling ( ) Når ? \_\_\_\_\_

Brow Lamination ( ) Når ? \_\_\_\_\_ Tanning ( ) Når ? \_\_\_\_\_

Solarium ( ) Når ? \_\_\_\_\_ Kosmetikk med bleknings formel ( )

Kirurgi ( ) Når ? \_\_\_\_\_ Alkohol ( ) Sigarett ( )

## HUDTYPE

Normal ( ) Tørr ( ) Fet ( ) Kombinert ( ) Sensitiv ( )

## INFORMASJONER OM TEKNIKKEN

Microblading ( ) Powder brows ( ) Ombre brows ( ) Hybrid ( )

Dato \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Merke på pigmentet brukte på behandling \_\_\_\_\_

Farge \_\_\_\_\_

Blade \_\_\_\_\_ Nål \_\_\_\_\_

Observasjon \_\_\_\_\_

---

## PÅFYLL INNEN 8 UKER

Dato \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Merke på pigmentet brukte på behandling \_\_\_\_\_

Farge \_\_\_\_\_

Blade \_\_\_\_\_ Nål \_\_\_\_\_

Observasjon \_\_\_\_\_

---

## SERVICEKONTRAKT OG SAMTYKKE

Jeg, \_\_\_\_\_,

gir samtykke til fagpersonen \_\_\_\_\_

til å utføre på min hud, en type tatovering (på øyenbrynene mine ) som har en maksimalt holdbarhet på 24 måneder.

1. Fagpersonen har forklart meg alt om denne prosedyren gjennom en konsultasjon.
2. Jeg tar ansvar for å følge med på instruksjoner etter behandlingen.
3. Jeg er klar over at ved feil behandling av tatoverte området, kan det oppstå komplikasjoner og ødeleggelse av prosedyren.
4. Jeg godkjente formen som ble tegnet på mine øyenbryn og farge på pigmentet, før fagpersonen lagde tatoveringen på meg.
5. Jeg er klar over at fargen på pigmentet kan forandre seg på min hud over tid.
6. Jeg frigjør fagpersonen for ansvar hvis jeg ikke liker formen, eller farge på tatoveringen etter behandlingen.
7. Jeg tar ansvar for å komme tilbake og utføre påfyll ( inkludert) innen 8 uker dersom det trenges.
8. Jeg er klar over på at hvis det blir lengre enn 8 uker til at jeg stiller opp til påfyll etter hoved behandling, blir jeg belastet et gebyr på kr 800,-.
9. Samtykker for bilder før og etter for bruk på min egen journal Ja (  ) Nei (  )
10. Jeg har lest nøye gjennom alle informasjonene og er enig med alt.

**BETALINGSMÅTE:** KORT (  ) VIPPS (  ) BANKOVERFØRING (  )

Klientssignatur \_\_\_\_\_

Behandlerssignatur \_\_\_\_\_