

Naam examenkandidaat:Deelnemernummer:.....Datum:.....

Persoonlijke gegevens cliënt			
Naam cliënt	Geboortedatum client	Postcode en huisnummer	
Alleen relevante info invullen t.b.v. de camouflagebehandeling			
Beroep:			
Medicatie:			
Ziektebeelden/Arts			
Contra-indicaties:			
Overige relevante informatie:			
Wensen/reden/verwachtingen van de cliënt:			
.....			
.....			
.....			
Vochtgehalte	<input type="radio"/> normaal	<input type="radio"/> plaatselijk	<input type="radio"/> algeheel
Bloedcirculatie	<input type="radio"/> normaal	<input type="radio"/> traag	<input type="radio"/> hoog/stuwend
Gevoeligheid	<input type="radio"/> normaal	<input type="radio"/> gevoelig	<input type="radio"/> overgevoelig
Huidsoort op plaats van toepassing:	<input type="radio"/> vet <input type="radio"/> droog <input type="radio"/> normaal		Welke huidafwijking wordt gecamoufleerd
Prioriteiten en risico's			
.....			
.....			
.....			

Voorbehandeling:	Product:.....
Behandeling:	Druktechniek(en): Kleurgebruik camouflagecrèmes nrs:
Nabehandeling:	Fixatieproduct:.....
Advies over de behandeling:	
Frequentie/aantal instructiebehandelingen.....	
Duur per behandeling	
Kosten per uur.....	
Algemeen advies m.b.t. adviezen over aandacht verleggende mogelijkheden.	
Evaluatie en reflectie van de behandeling (wijzigingen in uitvoering, tevredenheid cliënt, etc.)	