

INFORMED CONSENT VOOR IMAGE BEHANDELINGEN

PATIENT/CLIENT INFORMATIE

DATUM _____
NAAM _____
ADRES _____
PLAATS/POSTCODE _____
VERZEKERING# _____

TEL THUIS _____
MOBIEL _____
EMAIL _____
FAX _____
MAN / VROUW _____

BEHANDELING (Plaats uw initialen bij iedere verklaring)

_____ De behandeling is in detail aan mij uitgelegd.
_____ De voordelen die ik, redelijker wijs, mag verwachten van deze behandeling zijn mij zorgvuldig uitgelegd.

BEHANDELING (Selecteer 1 behandeling)

_____ ORMEDIC LIFT
_____ SIGNATURE LIFT
_____ LIGHTENING LIFT
_____ WRINKLE LIFT
_____ ACNE LIFT
_____ BETA LIFT
_____ PERFECTION LIFT
_____ TCA ORANGE PEEL

HUID CONDITIE (Selecteer alles wat van toepassing is)

_____ OPPERVLAKKIGE RIMPELS, FIJNE LIJNTJES
_____ DIEPE RIMPELS, FIJNE LIJNTJES
_____ ACNE
_____ DIEPE HYPERPIGMENTATIE
_____ PHOTOAGING
_____ ROSACEA
_____ DEHYDRATATIE
_____ ACNE LITTEKENS
_____ DISBALANS

VOORZORGSMAATREGELEN (Lees dit aandachtig)

De behandeling die u ontvangt is een klinische behandeling en dient om te exfoliëren of om de dode cellen van de bovenste huidlaag te verwijderen.

Uw deelname aan uw behandeling en gebruik van thuisproducten zal het resultaat bepalen. Het is belangrijk dat u gebruik maakt van de thuisproducten die uw behandelaar heeft aanbevolen.

Geen garantie kan worden gegeven op het precieze resultaat, de peelingtijd of het ongemak als resultaat van de behandeling

Tijdens de behandeling, kunt u tijdelijk een sprikkend of warm gevoel ervaren. Dit zal binnen een paar minuten verdwijnen. Gedurende de komende uren kunt u een trekkend gevoel aan de huid ervaren. Dit kan meerdere dagen aanhouden.

Voor de meeste patiënten begint schilfering binnen 48 uur. Het is onmogelijk om vooraf te bepalen hoeveel afschilfering optreedt.

Afhankelijk van de peelbehandeling en de kwaliteit van de huid, kunnen de volgende reacties bij sommige patiënten voorkomen:

1) Langdurige roodheid, irritatie en schilfering 2) Droogte en gevoeligheid 3) In zeldzame gevallen ernstige allergische reacties

VERKLARINGEN (Plaats uw initialen bij iedere verklaring)

_____ IK BEN NIET ZWANGER.**
_____ IK BEN NIET ALLERGISCH VOOR PIJNSTILLERS.
_____ IK HEB GEEN GLYCOLZUUR GEBRUIKT IN DE AFGELOPEN 24 UUR.
_____ IK HEB GEEN RETINOL GEBRUIKT IN DE AFGELOPEN 72 UUR.
_____ IK HEB GEEN ROACCUTANE GEBRUIKT IN HET AFGELOPEN JAAR.
_____ IK ZAL DE HUID NIET OPZETTELIJK BESCHADIGEN OF IRRITEREN TIJDENS HET HELINGSPROCES.
_____ IK ACCEPTEER KORSTVORMING EN SCHILFERING VAN DE HUID.
_____ OP DIT MOMENT GEBRUIK IK GEEN HYDROCORTISONE.

** UITZONDERING VAN DE ORMEDIC LIFT.

_____ IK HEB GEEN BEHANDELING ONDERGAAN MET STRALING / LASER / LICHT.
_____ IK GA AKKOORD MET HET GEBRUIK VAN DE IMAGE POST PEEL KIT.
_____ IK VOORKOM DIRECTE BLOODSTELLING AAN DE ZON IN DE KOMENDE 2 WEKEN.
_____ IK ZAL DE BEHANDELAAR INFORMEREN OVER ACTUELE MEDISCHE ZORG.
_____ IK BEN AKKOORD MET HET GEBRUIK VAN DE PREVENTION+.
_____ IN DE 7 DAGEN VOOR/NA DE BEHANDELING ZAL IK NIET WAXEN.
_____ IK GA AKKOORD MET HET BEHANDELPLAN.
_____ IK ZAL GEEN RETINOL-A GEBRUIKEN IN DE 7 DAGEN VOOR EN NA DE BEHANDELING.
_____ IK BEN IN BEHANDELING VAN EEN ARTS EN HEB HET BEHANDELPLAN MET MIJN ARTS BESPROKEN.

TOESTEMMING (Ondertekenen)

Ik geef hierbij vrijwillig toestemming en vrijwaar _____ (Naam behandelcentrum) van alle claims, impliciet dat ik heb of kan hebben in de toekomst van deze behandeling, ongeacht het resultaat. Ik verklaar dat de behandeling en voorzorgsmaatregelen zoals hierboven vermeld, mij in detail zijn uitgelegd en deze volledig begrijp.

HANDTEKENING KLANT: _____ DATUM: _____