

Toestemmingsformulier

Voor en achternaam

geboortedatum

Straat en huisnummer

postcode

stad

Legitimatiebewijs nummer

Emailadres

VERKLAART HIERBIJ HET VOLGENDE

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze behandeling
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's op infecties en andere complicaties als gevolg van de behandeling
- Ik ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van deze behandeling bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie
- Ik vind mezelf gezond genoeg om de behandeling te laten uitvoeren
- Ik ben tijdens de behandelingen niet onder invloed van alcohol of drugs
- Ik weet dat het wordt afgeraden om een behandeling te laten uitvoeren wanneer je antibiotica of antistollingsmiddelen gebruikt
- Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om een behandeling te ondergaan in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties

BEHANDELDUUR

- Ik geef hierbij toestemming aan _____ mij te behandelen met de laser voor definitieve ontharing
- Ik begrijp dat er meer behandelingen noodzakelijk zijn om een juist resultaat te bereiken
- Ik begrijp ook dat de behandeling later voortgezet kan worden met na behandelingen voor een optimaal resultaat
- De laser specialist heeft mij mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de mogelijk- en onmogelijkheden en risico's van de behandeling
- Ik heb de laserspecialist ingelicht over mijn medicijngebruik en de status van mijn gezondheid

Ik heb schriftelijk informatie over de risico's en de algemene aanbevelingen voor thuis over de laser ontvangen **JA/NEE**

VRAGENLIJST

Om een beeld te krijgen of voor u een behandeling op dit moment geschikt is, dient u de onderstaande vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Bij twijfel kunt u altijd contact opnemen met uw huisarts.

GEEF AAN OF ONDERSTAANDE VAN TOEPASSING IS

Zwangerschap	Medicatie tegen acne	Tatoeages
Borstvoeding	Gordelroos rond taille	Piercings
Pacemaker (nu/verleden)	Leukemie (nu/verleden)	Huidkanker

Actieve koortslip <2 weken zon of zonnebank Inwendige
defibrillator

Kruidenpreparaten tegen somberheid zoals st' janskruid antibiotica of
penicilline. Indien ja, welke:

Allergieën zo ja welke:

Ik weet dat deze behandeling sterk wordt afgeraden als ik één of
meerdere van bovenstaande vakjes heb aangekruist en dat in geval van
huidkanker, leukemie, een pacemaker, een inwendige defibrillator en
gordelroos ronde de taille geadviseerd wordt de huisarts te
raadplegen:

Ja

Nee

N.v.t

Datum:

Handtekening
vertegenwoordiger

Handtekening wettige

Indien jonger dan 16jaar

legitimatiebewijs nummer

Naam en

Vertegenwoordiger

Dit formulier wordt vertrouwelijk behandeld volgens de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in een algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Ik geef toestemming om foto's te gebruiken voor social media:

Ja

Nee