

TOESTEMMING VOOR INJECTIE BEHANDELING MET HYALURONZUUR FILLERS (WAARONDER JUVÉDERM, BELOTERO)

Naam (dames: meisjesnaam!):					
Voorletters:		Geslacht:	M / V	Geb. datum:	

Hiermee bevestig ik dat we hebben gesproken over de aard van mijn gesteldheid, de behandeling die ik wens te ondergaan, de eventuele alternatieve methoden, de algemene aard van de voorgestelde behandeling, de vooruitzichten voor het welslagen en de mogelijke risico's en baten van een dergelijke behandeling.

De procedure is mij uitgelegd. Het beoogde effect van de behandeling is een verbetering van de gezichts- of lichaamscontouren door een vulling van rimpels of plooien. Ik ben op de hoogte gesteld van het feit dat, ondanks het vooruitzicht op goede resultaten, de kans op complicaties en de aard van complicaties nooit precies kan worden voorzien, en dat daardoor geen garanties, zowel uitdrukkelijk als stilzwijgend, kunnen worden gegeven met betrekking tot het welslagen of andere uitkomsten van de behandeling. Na injectie van permanente vullers in het verleden is de kans op complicaties na deze behandeling groter. Ook als u nu kiest voor een biologisch afbreekbaar product met tijdelijke werkzaamheid.

Ik ben me ervan bewust dat de correctie niet permanent is, als gevolg van afbraak van het vullermateriaal in de loop der maanden. Mogelijke risico's van deze behandeling zijn onder andere: Allergische reactie, infectie, verharding of inkapseling van het materiaal, bloedingstoring (blauwe plekken), tegenvallende cosmetische resultaten, plooien of lijnen en eventueel noodzakelijke vervolgbehandelingen. Na insputing kunnen op de plaats van de injectie enkele reacties optreden zoals zwelling, roodheid, pijn, jeuk, verkleuring en gevoeligheid. Deze verdwijnen meestal spontaan binnen 2 tot 7 dagen na injectie. Bindweefselmassage en behandeling bij de tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist is in de eerste 2 weken na behandeling niet toegestaan. Scrubben, peelings, zonnebaden en sauna is na 3 à 4 dagen weer toegestaan. Gebruik van make-up is 4 uur na de behandeling weer toegestaan.

Ik geef de behandelend arts van RVerse Clinique Venlo toestemming voor behandeling met fillers op basis van hyaluronzuur, en eventuele andere behandelingen die naar het oordeel van de arts wenselijk zijn voor mijn welzijn. Deze toestemming geldt ook voor vergelijkbare procedures in de toekomst.

Hierbij verklaar ik dat ik dit toestemmingsformulier heb gelezen (of dat het mij is voorgelezen) en dat ik dit formulier en de informatie die het bevat begrijp. Ik heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen met betrekking tot de behandeling, waaronder vragen over risico's of alternatieven, en ik verklaar dat al mijn vragen met betrekking tot de procedure naar tevredenheid zijn beantwoord. Ook de aandachtspunten na behandeling zijn mij uitgelegd, en ik zal de gegeven adviezen opvolgen. Hiermee verklaar ik ook de vragen betreffende mijn medische voorgeschiedenis naar mijn beste weten te hebben beantwoord.

Ik stem ermee in om me, desgevraagd, te laten fotograferen. Deze opnamen zijn bedoeld om na behandeling het resultaat te kunnen beoordelen, en zijn eigendom van DermaClinic. Gebruik hiervan voor promotie doeleinden is uitgesloten, tenzij ik daarvoor uitdrukkelijk toestemming verleen.

Voor vragen over de behandeling of voor het melden van een klacht kan ik terecht bij RVerse Clinique Venlo:
tel 077 - 3333261 of via de website www.rverse.nl

Datum:

.....
Handtekening cliënt

.....
Handtekening behandelaar,
RVerse Clinique Venlo