

Toestemming voor behandeling van plooien of rimpels met Radiesse®



LIEVAART ESTHETIEK

Naam:

Voornaam:

Geb. datum:

Telefoon nr:

E-mail:

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 gezichtscontouren 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. Als u in het verleden injecties met permanente fillers heeft gehad, is de kans op complicaties na een volgende behandeling groter. Ook als u nu kiest voor een product met tijdelijke werkzaamheid.

Ik ben me ervan bewust dat de correctie niet permanent is, als gevolg van een natuurlijke afbraak van het implantaatmateriaal en een vermindering van het eigen bindweefsel in de loop der tijd. Mogelijke risico's van deze behandeling zijn onder andere: Tegenvallende cosmetische resultaten, afstoting van het materiaal, knobbeltjes, plooien of lijnen, eventueel noodzakelijke vervolgbehandelingen, of allergische reacties. Na inspuiting kunnen op de plaats van de injectie enkele met de injecties samenhangende reacties optreden zoals zwelling, roodheid, pijn, jeuk en gevoeligheid. Deze verdwijnen meestal spontaan binnen 2 tot 7 dagen na injectie. Make-up ,scrub en peelings worden de eerste 24 uur na de behandeling afgeraden. Zonnebaden, sauna, stoombad en zonnebank worden de eerste 2 weken na een behandeling afgeraden.

Ik geef de behandelend arts van Lievaart Esthetiek toestemming voor behandeling met Radiesse® 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. Ik realiseer mij dat het niet opvolgen van deze adviezen een niet optimaal resultaat kan opleveren. Hiermee verklaar ik ook de vragen betreffende mijn medische voorgeschiedenis naar mijn beste weten te hebben beantwoord.

Ik geef toestemming voor de behandeling:

ja / nee

Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van acties en aanbiedingen:

ja / nee

Ik geef toestemming voor het gebruik van mijn foto's:

ja / nee*

* indien ja: website / print / presentaties

DIT TOESTEMMINGSFORMULIER IS TEVENS VAN KRACHT VOOR ALLE TOEKOMSTIGE BEHANDELINGEN TOTDAT IK HET GEHELE FORMULIER OF EEN DEEL ERVAN SCHRIFTELIJK HERROEP.

Handtekening cliënt:

Den Haag, datum: