

Chemische Peelings - Informed Consent

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

1. Diabetes mellites WEL / NIET
2. Hemofilie WEL / NIET
3. Allergie WEL / NIET
4. Immuunstoornis WEL / NIET
5. Ik sta onder doktersbehandeling WEL / NIET
6. Ik ben (mogelijk) zwanger WEL / NIET
7. Ik heb plastische chirurgie ondergaan WEL / NIET
8. Ik heb een verstoorde wondgenezing WEL / NIET
9. Na genezing van een wondje treedt er kleurverandering op WEL / NIET
10. Na genezing van een wond ontstaat er keloïde/littekenweefsel WEL / NIET
11. Ik heb ooit last gehad van koortsuitslag (herpes virus) WEL / NIET
12. Ik heb ooit last gehad van eczeem WEL / NIET
13. Ik gebruik roacutane of heb dit eerder gebruikt WEL / NIET
14. Ik gebruik medicatie WEL / NIET

Zo ja, welke?

Zijn er verder nog aandoeningen of bijzonderheden waarvan mijn schoonheidsspecialiste op de hoogte zou moeten zijn?

Zo ja, welke?

Ik volg de algemene aanbevelingen van Miracles op met betrekking tot de nabehandeling. Ik realiseer me dat een verminderde samenwerking tussen mijzelf en Miracles kan resulteren in een vermindering van het uiteindelijke resultaat.

Ik heb de volgende informatie over intensieve peelings ontvangen:

- Informatie over intensieve peelingbehandelingen;
- Algemene voorwaarden;
- Informed consent;
- Algemene aanbevelingen voor thuis.

LET OP:

- **Dezelfde dag niet douchen en producten aanbrengen (enkel producten voor nabehandelen);**
- **Geen intensieve trainingen/sporten;**
- **Geen warm bad of sauna;**
- **Bescherm met factor 30/50;**
- **Geen make-up voor minstens 2 dagen.**

Informed Consent

Ondergetekende :

Adres :

Postcode en plaats :

Geboortedatum :

Ik verklaar hierbij dat ik onderstaande tekst en bepalingen met betrekking tot de procedures en uitleg van de behandeling met intensieve peelings heb gelezen en volledig begrijp.

Ik heb de gelegenheid gekregen en behoud deze, tot het stellen van alle vragen over de voorgestelde behandeling door Miracles.

Ik geef hierbij de toestemming aan Miracles mij te behandelen met de behandelmethode intensieve peelings om mijn ongewenste rimpels, onzuiverheden of pigmentatie te reduceren.

Ik begrijp dat de reductie van mijn rimpels, onzuiverheden of pigmentatie NIET 100% zal zijn en dat er meerdere behandelingen noodzakelijk zijn. Ik begrijp ook dat de behandeling in de toekomst voortgezet zou kunnen worden met nabehandelingen om een optimaal resultaat te bereiken en behouden.

Miracles heeft mij op de hoogte gesteld met mondelinge en schriftelijke informatie over de mogelijk- en onmogelijkheden van de behandeling. Miracles heeft mij op de hoogte gesteld van mogelijke risico's die kunnen voorkomen waaronder roodheid en zwelling of afschilfering na de behandeling wat maximaal 2 dagen kan duren.

Ik heb Miracles op de hoogte gesteld van medicijnen die ik gebruik en ik heb de aan mij bekende overgevoeligheidsreacties op medicijnen en andere producten gemeld. Wanneer hier veranderingen in optreden deel ik dit mee voorafgaande aan de eerstvolgende behandeling.

Dit informed consent-formulier is een onderdeel van uw dossier.

Datum: - -

Plaats:

Handtekening cliënt:

Handtekening behandelend specialist: