



PADBERG KLINIEK

Voor een betere huid

Toestemmingsformulier fractionele lasertherapie

Graag voordat u een therapie start dit formulier goed doorlezen en ondertekenen.

Ik begrijp dat behandeling met de fractionele ResurFX™ of MedArt™ CO2 scanner bestemd is voor de cosmetische behandeling van littekens of striae of om huidverstrakking te realiseren. Ik begrijp dat de resultaten kunnen verschillen per individu, evenals het aantal sessies dat nodig is voor het optimale resultaat. Ik begrijp dat nooit 100% “genezing” kan worden gegarandeerd.

Ik begrijp dat er een zeldzame kans is op lange termijn bijwerkingen en complicaties, zoals littekens en verkleuringen van de huid. Ik ben mij ervan bewust dat een zorgvuldige naleving van alle instructies helpt deze mogelijkheid te verminderen. Soms kunnen op korte termijn tijdelijke roodheid, zwelling, branderigheid, schilfering, bloeditstoringen of pigmentverschillen optreden. In het geval van de MedArt™ CO2 scanner komen hier korstvorming en infectierisico bij.

Ik begrijp dat ik tijdens en tot 4 weken na behandelperiode mijn huid niet moet blootstellen aan zonlicht en aan licht van de zonnebank, omdat mijn huid door de behandeling gevoeliger is voor pigmentvlekken. Hiervoor gebruik ik een Sunblock met UVA en UVB filter.

Ik begrijp dat de behandeling met de fractionele ResurFX™ of MedArt™ CO2 scanner voor eigen rekening is, onafhankelijk van het uiteindelijke resultaat. Sommige (aanvullende) verzekeringen vergoeden mogelijk een deel van de kosten. Indien nodig zal ik mijn behandelaar alleen om een handtekening op het reeds volledig ingevulde aanvraagformulier van mijn ziektekostenverzekering verzoeken.

Ik begrijp dat de Padbergkliniek mijn persoonlijke- en medische gegevens vastlegt conform de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Ik geef toestemming voor foto's die worden genomen met het oog op het documenteren van mijn behandeling.

Ik heb de informatie van de Padbergkliniek over de mogelijke voordelen en risico's van de behandeling en deze verklaring zorgvuldig doorgelezen en begrepen. Al mijn overige vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem in met deze overeenkomst en heb het formulier naar waarheid ingevuld. Mijn handtekening bevestigt bovenstaande.

Naam patiënt: Geboortedatum:

Handtekening patiënt: Datum:

Handtekening behandelaar:

Versienummer:4.1 Datum:20-10-2018	Autorisatie:VA	Kwaliteitshandboek D-2060.5 Pagina: 1/1
--------------------------------------	----------------	--