



SKINCLEAR SOLUTIONS
VERWIJDER HET ONGEWENSTE, VERFIJN HET ESSENTIELE

Toestemmingsformulier Laserbehandeling

SkinClear Solutions

Cliëntinformatie

- Naam cliënt: _____
- Geboortedatum: _____
- Adres: _____
- Telefoonnummer: _____
- Datum intakegesprek: _____
- Behandeling: _____

Beschrijving van de behandeling

Deze toestemmingsverklaring betreft een laserbehandeling, een procedure waarbij laserstralen worden gebruikt om specifieke medische of cosmetische kwesties aan te pakken. De behandeling kan worden ingezet voor, maar is niet beperkt tot, huidverjonging, het verwijderen van pigmentvlekken, littekens, vaatjes, of ongewenste haargroei.

Mogelijke risico's en complicaties

Hoewel de laserbehandeling over het algemeen veilig is, zijn er risico's en mogelijke complicaties aan verbonden. Deze omvatten, maar zijn niet beperkt tot:

- Roodheid, zwelling of irritatie van de huid.
- Verkleuring van de huid (hyperpigmentatie of hypopigmentatie).
- Littekens of brandwonden.
- Allergische reacties op gebruikte producten.
- Onvoldoende of onverwachte resultaten.

Voorzorgsmaatregelen

Het is belangrijk om alle voorgeschreven voorbereidings- en nazorginstructies zorgvuldig op te volgen om het risico op complicaties te minimaliseren. Dit omvat het vermijden van directe blootstelling aan de zon, het gebruik van aanbevolen crèmes en het vermijden van bepaalde medicatie of producten voorafgaand aan de behandeling.

Verklaring van de cliënt

Ik, ondergetekende:

- Bevestig dat ik voldoende geïnformeerd ben over de aard, het doel en de mogelijke risico's van de laserbehandeling.
- Heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze behandeling.
- Ben schriftelijk geïnformeerd over de risico's van het gebruik bij gezondheidsklachten zoals diabetes en hemofilie.
- Vind mezelf gezond genoeg om een laserbehandeling te ondergaan.
- Begrijp dat er geen garantie kan worden gegeven over de resultaten van de behandeling.
- Ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs.
- Weet dat de laserbehandeling wordt afgeraden als je antibiotica gebruikt.
- Ben op de hoogte dat zwangere vrouwen wordt afgeraden een laserbehandeling te ondergaan in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.
- Bevestig dat ik de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen en dat deze naar tevredenheid zijn beantwoord.
- Stem in met de voorgestelde laserbehandeling.

Ik geef hierbij toestemming aan SkinClear Solutions mij te behandelen de laser voor pigment-, couperose-, tatoeage-, definitieve ontharing-, schimmelnagel en / of gezichtsbehandelingen. Ik begrijp dat er meerdere behandelingen noodzakelijk zijn om een juist resultaat te bereiken. De behandelaar heeft mij mondeling en schriftelijk geïnformeerd over risico's, de mogelijk- en onmogelijkheden van de behandeling. Ik heb de behandelaar ingelicht over mijn medicijn gebruik en status van mijn gezondheid.

Handtekeningen

Handtekening cliënt: _____ Datum: _____

Handtekening behandelaar: _____ Datum: _____

Contactinformatie

Indien u verdere vragen heeft of aanvullende informatie wenst, neem dan contact op met uw behandelaar via telefoon of e-mail.

Dit formulier wordt door SkinClear Solutions vertrouwelijk behandeld volgens de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)