



MICRONEEDLING

PHI BRIGHT

Consentformulier voor gezichtshuid behandeling door middel van PhiBright techniek

Tussen:

Behandelaar	
Bedrijfsnaam	Beauty Le Chique
Adres	Breitnerstraat 4
Stad/Land	Eindhoven / Nederland

&

Client	
Adres	
Stad/Land	

1 VERKLARING

De klant is geïnformeerd over de gezichtshuid behandeling door middel van Phibright techniek door de behandelaar. De aard van de behandeling, het doel en voordelen, duur en verwachte resultaten.

2 CLIENT GEZONDHEIDSEQUETE

Om de gezichtshuid behandeling in een veilige manier uit te kunnen voeren, wordt u verzocht de volgende vragen betreft uw gezondheid naar waarheid in te vullen.

Deze informatie is vertrouwelijk en er zal ook met zorg mee worden omgegaan. Het zal niet worden gedeeld met partijen van derden.

1	Lijdt u aan enige vorm van bloed aandoeningen (Trombose, Hemofilie, Anemie enz.)?	Ja	Nee
2	Heeft u Diabetes? (Type 1 of 2)?	Ja	Nee
3	Heeft u enige vorm van Hepatitis (A,B,C,D,E,F)?	Ja	Nee
4	Bent u HIV positief?	Ja	Nee
5	Lijdt u aan enige vorm van huidaandoeningen (Rosacea, Impetigo, Erysipelas, Lupus, Scleroderma enz.)?	Ja	Nee
6	Heeft u een chronische gevoelige huid? (Exceem of Atopische Dermatitis)?	Ja	Nee
7	Heeft u allergieën voor medicatie, voedsel, metalen, make-up of enig ander samenstelling van stoffen?	Ja	Nee

8	Heeft u enige auto-immune aandoeningen?	Ja	Nee
9	Lijdt u aan enige acute of chronische besmettelijke aandoeningen?	Ja	Nee
10	Bent u gevoelig voor Koortslip (Herpes) of Koorts blaartjes?	Ja	Nee
11	Heeft u last van Epilepsy of enig ander beroerte gerelateerde aandoeningen?	Ja	Nee
12	Heeft u hartaandoeningen?	Ja	Nee
13	Bent u zwanger?	Ja	Nee
14	Geeft u borstvoeding?	Ja	Nee
15	Neemt u dagelijks enige voorgeschreven medicatie (Bv. Aspirine, Antistollingsmiddelen)?	Ja	Nee
16	Draagt u een Pacemaker?	Ja	Nee
17	Heeft u enige problemen met het genezen van wondjes?	Ja	Nee
18	Heeft u aanleg voor het ontwikkelen van Keloïd of hypertrofische littekens?	Ja	Nee
19	Heeft u de afgelopen 24 uur drugs of alcohol gebruikt?	Ja	Nee
20	Heeft een Botox injectie gehad in de afgelopen 6 maanden?	Ja	Nee
21	Heeft u een laserbehandeling of chemische peeling gehad de afgelopen 6 maanden?	Ja	Nee
22	Heeft u al eerder een PMU of cosmetische behandelingen gedaan?	Ja	Nee
23	Gebruikt u geregeld Retinol-A, Glycol of andere ex-foliërende producten?	Ja	Nee
24	Draagt u contactlenzen?	Ja	Nee
25	Is uw huid vettig?	Ja	Nee
26	Bent u in uw menstruatie periode op moment van deze behandeling?	Ja	Nee
27	Heeft u aanleg voor de aanmaak van donkere vlekken op de huid naar aanleiding van wondjes of zonnen?	Ja	Nee
28	Houdt u gemakkelijk littekens over van kleine wondjes?	Ja	Nee
29	Bloedt u overvloedig van kleine sneetjes?	Ja	Nee
30	Heeft u prothetische implantaten?	Ja	Nee
31	In geval u eerder PMU of andere cosmetische behandelingen heeft gedaan, had u toen moeite met het genezen van deze behandelingen?	Ja	Nee
32	Heeft u enig verleden van kanker?	Ja	Nee
33	Ondergaat u momenteel radiatie- of chemotherapie?	Ja	Nee
34	Bent u momenteel in behandeling of heeft u in het verleden een behandeling ondergaan voor acute Acne?	Ja	Nee
35	Heeft u enige medische aandoeningen die resulteerden in een pre-medische behandeling met antibiotica door een professional voorafgaand aan een tandheelkundig of andere invasieve behandeling?	Ja	Nee
36	Bent u een operatie of enig andere medische behandeling ondergaan in de afgelopen 14 dagen?	Ja	Nee

Indien u "Ja" heeft geantwoord op enige van de bovenstaande vragen, gebruik dan de ruimte beneden of een apart blad om een verklaring aan te leveren. Verwijs uw verklaring naar een specifieke vraag nummer. Een "Ja" antwoord wilt niet zeggen dat u niet een accepteerbare kandidaat bent voor de cosmetische behandeling. Het levert simpelweg waardevolle informatie aan de behandelaar, of het geeft aan dat gebaseerd op gezondheidsomstandigheden de volgende risico's voor de cliënt van toepassing kunnen zijn:

- Desondanks de deskundigheid van de behandelaar en alle genomen voorzorgsmaatregelen, kunnen gedurende de behandeling ongevallen gebeuren.
- Desondanks het aanbrengen van de meest geavanceerde en hoogwaardige producten, kunnen allergische reacties voorkomen. De cliënt is hiervoor geïnformeerd en hij/zij neemt hiervoor de verantwoordelijkheid op zich.
- Gedurende en na de behandeling zal zwelling en roodheid en/of jeuk voorkomen. Ervaringen vertellen ons dat deze symptomen slechts tijdelijk zijn.

MICRONEEDLING

Na de behandeling zal de huid er rood uitzien, wat vergelijkbaar is met een middelmatige verbranding naar aanleiding van zonnen. Mogelijk ervaart u ook gevoeligheid van de huid, tinteling en strakheid in de gebieden die behandeld zijn. Enkele uren na de behandeling zullen deze bijwerkingen grotendeels afgenomen zijn en na 3 dagen zijn de meeste visuele bijwerkingen verdwenen.

De resultaten van de behandeling kunnen in mate variëren vanwege variatie in huid kwaliteit. Vandaar dat er geen garantie voor succes ontleend wordt aan de behandeling.

Doorgaans heeft u tot 3 behandelingen, met tussenpozen van 2 weken nodig om gewenste resultaten te behalen. De resultaten zullen 4 tot 6 maanden zichtbaar zijn.

Gepaste nabehandeling met degelijke producten is van groot belang.

Met betrekking tot genezen van de behandeling, is het raadzaam voor u om advies te winnen bij een specialist voorafgaand aan de behandeling.

Als bovenstaande vragenlijst geen betrekking heeft tot een medische aandoening die u WEL heeft, vul dit dan in op de op de regels hieronder.

3 CONTRACTUELE VERPLICHTINGEN

Ik geef toestemming voor het maken van foto's van mijn gezicht en het gebruik van deze foto's voor promotie doeleinden.

Ja	Nee
----	-----

4 GARANTIE

Client vrijwaart behandelaar, en alle personen die het bedrijf vertegenwoordigen, voor alle claims, eisen, schadevergoedingen, acties en de oorzaak van actie die voortvloeien uit de uitvoering van de diensten.

Behandelaar of bedrijf aanvaardt aansprakelijkheid in overeenstemming met de wettelijke maatregelen en voorschriften in geval van nalatigheid of onvoorzichtigheid of opzettelijk of uit onachtzaamheid veroorzaakt letsel of bedreiging van leven, lichaam en gezondheid.

5 UITLEG

De klant wordt gedetailleerd geïnformeerd over specifieke risico's van gezichtshuid behandeling met behulp van de PhiBright-techniek.

Behandelaar en alle andere personen die het bedrijf vertegenwoordigen, kunnen niet aansprakelijk worden gesteld in geval van onjuiste zorg na de behandeling.

6 TOESTEMMING

Ik bevestig dat ik de inhoud van elke bovenstaande paragraaf heb gelezen en begrepen. Ik heb geen onrealistische garanties of garanties ontvangen met betrekking tot de voordelen die moeten worden gerealiseerd uit, of gevolgen van de bovengenoemde procedures.

Ja	Nee
----	-----

Ik erken door dit toestemmingsformulier te ondertekenen, dat ik de volledige mogelijkheid had om alle vragen te stellen over procedures en ik ontving een duidelijke en begrijpelijke reactie op al mijn vragen door de behandelaar of zijn/haar medewerkers.

Ja	Nee
----	-----

De behandelingsprocedure en de na-behandelingszorg is tot in detail uitgelegd en ik begrijp het en ga hiermee akkoord.

Ja	Nee
----	-----

Handtekening Client:

Handtekening Behandelaar:

Datum: _____

Plaats: _____

Dit consent formulier is van kracht zonder stempel of handtekening