

Informed Consent IPL

Persoonlijke gegevens

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnr _____ Geboortedatum _____
Email _____

Hierbij verzoek ik om een IPL behandeling voor _____

De keuze om IPL te ondergaan heb ik weloverwogen en uit vrije wil genomen.
Ik ben ervan op de hoogte dat er reacties kunnen optreden tijdens en/of na de behandeling.

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van:

- | | | |
|----|--|----------|
| 1 | Diabetes melitis (suikerziekte) | wel/niet |
| 2 | Hemofilie | wel/niet |
| 3 | Allergie (planten, metalen) | wel/niet |
| 4 | Immuunstoornis | wel/niet |
| 5 | Ik sta onder dokters behandeling | wel/niet |
| 6 | Ik sta onder psychiatrische behandeling | wel/niet |
| 7 | Ik ben zwanger | wel/niet |
| 8 | Ik ben plastische chirurgie ondergaan | wel/niet |
| 9 | Ik ben een verstoorde wondgenezing (kleurverandering/sterke verhoorning) | wel/niet |
| 10 | Ik heb ooit last gehad van koortsuitslag | wel/niet |
| 11 | Ik heb ooit last gehad van eczeem/psoriasis | wel/niet |
| 12 | Ik gebruik medicijnen | wel/niet |

antibiotica anticoagulantia cytostatica psoralenen isotretinoïne
Zo ja, welke

.....

En waarom

.....

Ik zal de regels voor en na de behandeling gelezen en zal deze nastreven.

Mij is nadrukkelijk duidelijk gemaakt dat het niet juist of onvolledig beantwoorden van de vragen en het niet naleven van de voorwaarden, een nadelige invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.

Datum:

Handtekening:

LNChuidverbetering
Samen werken aan een betere huid