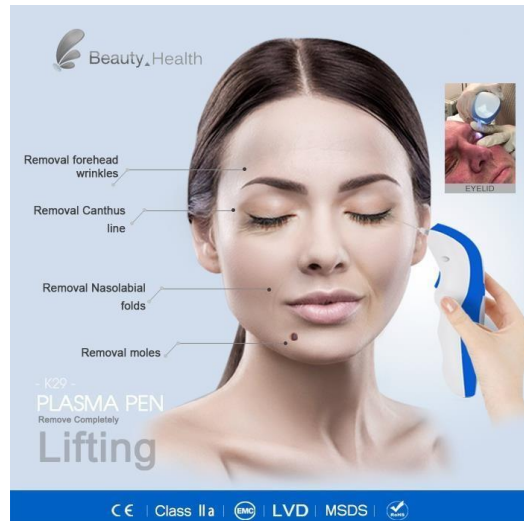


Consent/Toestemmingsformulier Plasma Lift behandeling.

In te vullen door cliënt:

Naam:.....
Adres:.....
PC/Plaats:.....
Tel:.....
Email:.....



**Hierbij geef ik toestemming om de Plasma Lift behandeling uit te voeren.
 Gedurende het consult is mij voorgelicht over het verloop van de behandeling en het verwachte resultaat, waarmee ik akkoord ga.**

Graag omcirkelen wat van toepassing is:

Absolute contra-indicaties:

- | | |
|--|--------|
| 1. Ik ben in de laatste 9 maand zwanger geweest | ja/nee |
| 2. Ik heb de laatste 6 maanden borstvoeding gegeven | ja/nee |
| 3. Ik heb Hepatitis A,B,C,D,E,F | ja/nee |
| 4. Ik heb HIV Positief | ja/nee |
| 5. Ik ben 3 jaar kankervrij | ja/nee |
| 6. Ik heb een warmte allergie (Cholinergische urticaria) | ja/nee |
| 7. Ik heb korter dan 6 weken een operatie of bestraling gehad | ja/nee |
| 8. Ik heb een botziekte | ja/nee |
| 10. Ik heb een auto-immuunziekte | ja/nee |
| 11. Ik heb hypertrofisch littekenvorming | ja/nee |
| 12. Ik heb letsel op de plek van de behandeling | ja/nee |
| 13. Ik heb een huidziekte | ja/nee |
| 14. Ik heb epilepsie(geen behandeling in het gebied van de ogen) | ja/nee |
| 15. Ik heb een pacemaker | ja/nee |
| 16. Ik heb hart of bloeddruk problemen | ja/nee |
| 17. Ik heb hyperpigmentatie | ja/nee |
| 18. Ik heb op dit moment koorts/ griep/ infectieziektes | ja/nee |
| 19. Ik gebruik de laatste 6 maanden Cortison Tabletten/ zalf | ja/nee |
| 20. Ik heb in de afgelopen 3 jaar Anti-Acne Medicatie- Roaccutane,Isotretinoïne, Vitamin A zuur (tretioïne) gebruikt | ja/nee |
| 21. Ik gebruik St. Janskruid | ja/nee |
| 22. Ik heb de laatste 24 uur drugs gebruikt | ja/nee |
| 23. Ik heb jeuk/ verandering in mijn moedervlek | ja/nee |
| 24. Ik ben de afgelopen 4 weken naar een zonzakantie geweest | ja/nee |
| 25. Ik ben de afgelopen 4 weken onder de zonnebank geweest | ja/nee |

Geen absolute contra-indicaties:

- | | |
|---|--------|
| 1. Ik heb implantaten (zo ja, waar?) | ja/nee |
| 2. Ik gebruik bloedverdunners | ja/nee |
| 3. Overmatige gebruik van alcohol | ja/nee |
| 4. Ik heb in de laatste 24 uur alcohol , aspirine ,ananas, kiwi, wobenzym genomen | ja/nee |
| 5. Ik heb wel eens een koortslip (herpes simplex) | ja/nee |
| 6. Ik heb Hemofilie (stoornis in bloedstolling) | ja/nee |
| 7. Ik heb de afgelopen 2 maanden een behandeling gehad in hyaluronzuur filler of Hydroperatie | ja/nee |
| 8. In de afgelope 4 weken een (fruitzuur) peeling gehad | ja/nee |
| 9. Ik heb in de afgelopen 4 weken een draadjeslift of botox onderdaan | ja/nee |
| 10. Ik neem regelmatig medicatie in | ja/nee |
| 11. Ik heb problemen met verdovende cremes | ja/nee |
| 12. Ik heb in de afgelopen 4 weken een laser behandeling ondergaan | ja/nee |
| 13. Ik heb een schidklier afwijking | ja/nee |

Indien ik de bovenstaande onderdelen met "ja" heb beantwoord is hierover duidelijke uitleg gegeven wat de eventuele consequenties van de Plasma lift behandeling kunnen zijn, waarmee ik akkoord ga.

Ik heb een nazorgformulier ontvangen.

Ik heb alle vragen naar waarheid beantwoord. Mij is nadrukkelijk duidelijk gemaakt dat het niet juist beantwoorden van de vragen, of onvolledig naleven van de voorwaarden een nadelige invloed op het resultaat van de behandeling kan hebben.

Model stemt in dat de hieronder genoemde behandeling(en) door de specialist uitgevoerd mogen worden.

- Fibroom / pigment vlekken
- Littekenbehandeling
- Rimpel vermindering
- Ooglid lift
- Anders

Datum en Handtekening:

Deze informatie zal vertrouwelijk worden behandeld