

LASER-CLINIC-GENT

Bagattenstraat 5
9000 GENT

0495/48 86 81



www.laser-clinic-gent.be

info@laser-clinic-gent.be

Enkel op afspraak.

Voor intake doorlopend
open van 12u tot 18u
dinsdag tem zaterdag.

TOESTEMMINGSFORMULIER LASEREN

Ondergetekende, (naam) _____

Verklaart hierbij het volgende :

- De keuze om te laten laseren heb ik weloverwogen en uit vrije wil genomen.
- Voor en tijdens de behandeling was ik niet onder de invloed van alcohol of drugs.
- Ik ben geïnformeerd over de risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het laseren, zoals infecties, littekenvorming en andere beschadigingen aan mijn lichaam.
- Ik heb op dit moment geen verkleuringen, zwellingen, bulten of enige andere vorm van irritatie op mijn lichaam en beschouw mezelf gezond genoeg om me te laten laseren.
- Ik heb geen plastische chirurgie of radiotherapie (bestraling) ondergaan op de plaats die ik wil laten laseren.
- Ik ben me bewust dat het een proces van lange duur is, er is niet meteen resultaat.

Ik lijd wel/niet aan enige vorm van :

- Diabetes -----wel/niet
- Hemofilie -----wel/niet
- Contactallergie -----wel/niet
- Immuunstoornis -----wel/niet
- Metaalovergevoeligheid -----wel/niet
- Hart en vaatafwijkingen -----wel/niet

Het laseren wordt sterk afgeraden als één of meerdere keren 'wel' van toepassing is. Het wordt zwangeren afgeraden om zich te laten laseren, in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties tijdens het genezingsproces.

Ik heb de volgende schriftelijke informatie ontvangen: Nazorg laseren.

Naam: _____

Straat en nr: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Datum: _____

Telefoonnummer: _____

Handtekening: _____