



## Toestemmingsformulier Behandelingen

Datum		
Naam + Achternaam		
Straatnaam + Huisnummer		
Postcode + Woonplaats		
Geboortedatum		
E-Mail + Telefoonnr.		

**Ondertekende, verklaard hierbij het volgende:**

- Ik heb weloverwogen en uit vrije wil gekozen voor deze behandeling.
- Ik heb schriftelijke instructies ontvangen over de nazorg van mijn behandeling.
- Ik vind mezelf gezond genoeg om de laserbehandeling te ondergaan.
- Ik ben tijdens de behandeling niet onder invloed van alcohol of drugs.
- Ik weet dat het wordt afgeraden om een laserbehandeling te zetten wanneer je antibiotica gebruikt.
- Ik weet dat zwangere vrouwen wordt afgeraden om een laserbehandeling te ondergaan in verband met verhoogde gevoeligheid voor infecties.

Ik geef hierbij toestemming aan EliSu Beauty mij te behandelen met het lasersysteem voor pigment-, tatoeage- en/of gezichtsbehandeling. Ik begrijp dat er meerdere behandelingen noodzakelijk zijn om een juist resultaat te bereiken. Ik begrijp ook dat de behandeling in de toekomst voortgezet zou kunnen worden middels nabehandelingen om een optimaal resultaat te bereiken en te behouden.

EliSu Beauty heeft mij op de hoogte gesteld over de mogelijk- en/of onmogelijkheden van de behandeling.

Ik heb EliSu Beauty op de hoogte gesteld van de medicijnen die ik gebruik en ik heb de aan mij bekende overgevoeligheidsreacties op mijn medicijnen en andere producten gemeld.

**Ga aub verder op de volgende pagina... >>> >>> >>> >> >> >> >> >>**



Geeft u alstublieft antwoord op de volgende vragen;

Ik lijd wel/ niet aan enige vorm van;

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ➤ Allergie                                     | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Epilepsie                                    | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Kanker                                       | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Hartafwijkingen                              | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Ik ben mogelijk zwanger of geef borstvoeding | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Ik heb plastische chirurgie ondergaan        | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Ik heb (semi) permanente fillers/botox       | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| ➤ Ik gebruik medicijnen                        | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |

Zo ja, welke \_\_\_\_\_

Ik weet dat de laserbehandeling sterk wordt afgeraden als ik bij de vorige vraag één of meerdere keren “Ja” heb ingevuld.

Nee  Ja

**Handtekening klant voor akkoord behandeling:**

\_\_\_\_\_