

NL

FR [cliquez ici](#)

EN [click here](#)



MEDISCHE PEELING - INFORMATIE & TOESTEMMING

Voornaam:	Achternaam:
Adres:	Postcode:
Geboortedatum:	Telefoonnr.:
E-mail:	

Indien de behandeling de eerste is van een overeengekomen behandelplan is deze overeenkomst van toepassing op het volledige behandelplan. In het geval van een geschil, klacht of verstoorde relatie wordt het behandelplan stopgezet en is de behandelovereenkomst opgeheven.

Ik verklaar het volgende:

- ✓ Bekend te zijn met de behandelingsprocedure en uitvoerig te zijn voorgelicht, inclusief ontvangst van alle gewenste documentatie, over de behandeling, de mogelijkheden en de alternatieven. Ook heb ik antwoord gekregen op alle vragen die ik naar aanleiding van de voorgenomen ingreep heb gesteld.
- ✓ Geïnformeerd te zijn over de mogelijke risico's, (lokale) reacties en bijwerkingen/complicaties van de behandeling, zoals:
 - narijn, roodheid, zwelling, vervelling, pigmentverschuiving en het (opnieuw) optreden van een herpesinfectie, zoals een koortslip;
 - hypopigmentatie (het lichter worden van de huid), omdat er bij een peeling een laagje huid wordt afgepeeld, waardoor de huid mogelijke lichter wordt. Dit kan tot enkele maanden na de peeling aanhouden.
 - hyperpigmentatie (het donkerder worden van de huid) kan ontstaan vlak na de peeling tot maximaal twee maanden later. Het kan worden voorkomen door de zon te vermijden en de rondom de peeling aanbevolen crèmes te gebruiken, zoals Melablock 50+ en Blending Bleaching Cream.
 - allergische reacties in de vorm van jeuk, zwelling of huiduitslag;
 - littekens - dit is een zelden voorkomende complicatie. Verhoogd risico bestaat bij mensen met een geschiedenis van keloïdlittekens, of die onlangs met Roaccutane behandeld zijn of die infecties ontwikkelen.
 - aanhoudende roodheid - gebieden van roodheid langer dan 3 weken dienen gemeld te worden;
 - voortijdige loslating van de huid - door het weghalen van velletjes van de huid (bewust of onbewust) komt een laagje onvolwassen weefsel tevoorschijn, met een verhoogd risico op infectie en littekenvorming;
 - bacteriële infectie - in dit geval kunnen antibiotica nodig zijn;
 - herpesinfectie - bij regelmatig optredende koortsbblaren in het gezicht zal rondom de peeling antivirale medicatie worden voorgeschreven;
 - onvoldoende effect van de peeling - in dit geval kan een vervolgbehandeling nodig zijn;

en deze mogelijke risico's en bijwerkingen/complicaties te accepteren.



- ✓ In het geval van bijwerkingen of langer durende reacties meteen contact met de behandelaar op te zullen nemen.
- ✓ Voldoende te begrijpen wat de behandeling inhoudt en wat realistischer wijs de te verwachten resultaten zijn.
- ✓ Te beseffen dat het functionele en/of cosmetische resultaat van de behandeling van tevoren niet kan worden gegarandeerd en dat ontevredenheid met het esthetisch resultaat voor de behandelaar geen verplichting oplevert om een vervolgbehandeling uit te voeren anders dan tegen de daarvoor geldende tarieven.
- ✓ Te beseffen dat als ik een Covid infectie heb meegemaakt of een Covid vaccinatie heb gehad in het recente verleden de sensitiviteit van mijn huid anders kan zijn en er eventuele (tijdelijke) huidreacties kunnen ontstaan.
- ✓ Op de hoogte te zijn van het feit dat het resultaat van de behandeling van niet-blijvende aard is.
- ✓ Mijn medische voorgeschiedenis en gegevens volledig en naar waarheid te hebben ingevuld en opgegeven en iedere verandering in de persoonlijke situatie te zullen melden vóór de geplande behandeling start. Ik ben mij ervan bewust dat de beantwoorde vragen en relevante informatie deel uitmaken van mijn medisch dossier en dat dit, conform wettelijke bepalingen, 15 jaar wordt bewaard.
- ✓ Met de behandelaar een of meer behandelingen met tussenliggende periodes te hebben afgesproken, en door de behandelaar te zijn geadviseerd over de toepassing van producten voor thuisgebruik ter ondersteuning van de behandeling evenals de risico's van het gebruik van andere producten gedurende de afgesproken periode van nazorg.
- ✓ Op de hoogte te zijn van de algemene voorwaarden en deze te accepteren.
- ✓ Mij ervan bewust te zijn dat ik bij de volgende contra-indicaties de behandeling (nog) niet kan ondergaan:
 - allergieën of overgevoeligheid voor een van de bestanddelen van de peeling;
 - vertraagde genezing;
 - een beschadiging of infectie aan de huid, of een huidziekte, inclusief actieve acne en actieve herpes (bijv. een koortslip);
 - insulineafhankelijke diabetes mellitus (relatieve contra-indicatie);
 - immunologische aandoeningen/verminderd immuunsysteem (relatieve contra-indicatie);
 - kanker;
 - keloïdvorming;
 - nier-, luchtweg-, lever- of cardiale insufficiëntie;
 - verse littekens of wonden;
 - hypertrofische littekens;
 - een verleden met radiotherapiebehandelingen in het gezicht;
 - overgevoeligheid voor een van de bestanddelen van de peeling;
 - zwangerschap of borstvoeding
 - beschadigde huid of, kort na harsen, gebruik van ontharingscrème;
 - gebruik van een systemische behandeling voor acne met isotretinoïne minder dan 6 maanden geleden;

en, indien er sprake is van een van deze contra-indicaties, deze naar waarheid aan de behandelaar te hebben gemeld.

- ✓ Kennis te hebben genomen en mij bewust te zijn van de noodzakelijke nazorg in de vorm van het gebruik van post-peel care producten en het opvolgen van de thuisadviezen voor TCApeelings, en mijn eigen verantwoordelijkheden in het naleven daarvan.
- ✓ Op de hoogte te zijn van en toestemming te hebben gegeven voor elektronische communicatie met en tussen artsen, voor zover noodzakelijk in het kader van mijn behandeling.
- ✓ Toestemming te geven tot het vervaardigen van medische foto-documentatie, mits deze uitsluitend gebruikt wordt in mijn patiëntendossier, tenzij ik uitdrukkelijk en schriftelijke toestemming heb gegeven voor een afwijkende toepassing.

Ik verklaar het bovenstaande te gelezen en begrepen te hebben op basis van alle gekregen informatie tot een weloverwogen besluit te zijn gekomen de behandeling(en) te willen ondergaan. Deze verklaring geldt voor deze en eventuele volgende behandelingen in het kader van een met behandelaar overeengekomen behandelplan.

naam + voornaam patiënt

handtekening patiënt

datum



PEELING MÉDICAL - CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Prénom :	Nom de famille :
Adresse :	Code postal :
Date de naissance :	téléphone :
E-mail :	

Si le traitement est le premier d'un plan de traitement convenu, cet accord s'applique à l'ensemble du plan de traitement. En cas de litige, de plainte ou de relation perturbée, le plan de traitement est interrompu et l'accord de traitement est résilié.

Je déclare ce qui suit :

- ✓ Connaître la procédure de traitement et avoir été informé en détail, y compris par la réception de toute la documentation requise, sur le traitement, les options et les alternatives. J'ai également reçu des réponses à toutes les questions que j'ai posées en rapport avec la procédure proposée.
- ✓ Avoir été informé(e) des risques, réactions (locales) et effets secondaires/complications possibles du traitement, tels que :
 - douleur postopératoire, rougeur, gonflement, desquamation, déplacement de la pigmentation et (ré) apparition d'une infection herpétique, comme un feu sauvage ;
 - hypopigmentation (éclaircissement de la peau), car le peeling élimine une couche de peau, ce qui peut éclaircir la peau. Ce phénomène peut persister jusqu'à plusieurs mois après le peeling.
 - l'hyperpigmentation (assombrissement de la peau) peut survenir juste après le peeling et jusqu'à deux mois maximum après. Elle peut être prévenue en évitant le soleil et en utilisant les crèmes recommandées autour du peeling, telles que Melablock 50+ et Blending Bleaching Cream.
 - des réactions allergiques sous forme de démangeaisons, de gonflements ou d'éruptions cutanées ;
 - cicatrices - il s'agit d'une complication rare. Un risque accru existe chez les personnes ayant des antécédents de cicatrices chéloïdes, ou qui ont été récemment traitées par Roaccutane ou qui développent des infections.
 - rougeur persistante - les zones de rougeur de plus de 3 semaines doivent être signalées ;
 - relâchement prématuré de la peau - le retrait des feuilles de peau de la peau (intentionnellement ou non) révèle une couche de tissu immature, avec un risque accru d'infection et de cicatrice ;
 - infection bactérienne - des antibiotiques peuvent être nécessaires dans ce cas ;
 - infection à l'herpès - si des boutons de fièvre apparaissent régulièrement sur le visage, des médicaments antiviraux seront prescrits autour du peeling ;
 - effet insuffisant du peeling - dans ce cas, un traitement de suivi peut être nécessaire ;

et accepter ces risques et effets secondaires/complications potentiels.

- ✓ En cas d'effets secondaires ou de réactions prolongées, contacter immédiatement le praticien.
- ✓ Comprendre de manière adéquate ce qu'implique le traitement et de manière plus réaliste les résultats attendus.
- ✓ Prendre conscience que le résultat fonctionnel et/ou esthétique du traitement ne peut être garanti à l'avance et que l'insatisfaction du résultat esthétique n'oblige pas le praticien à effectuer un traitement de suivi autrement qu'aux tarifs applicables.
- ✓ Être conscient que si j'ai eu une infection ou une vaccination Covid dans un passé récent, la sensibilité de ma peau peut être différente et que d'éventuelles réactions cutanées (temporaires) peuvent survenir.
- ✓ Être informé que le résultat du traitement est de nature non permanente.
- ✓ Avoir rempli et fourni de manière complète et véridique mes antécédents et détails médicaux et signaler tout changement de situation personnelle avant le début du traitement prévu. Je suis conscient(e) que les réponses aux questions et les informations pertinentes font partie de mon dossier médical et que, conformément aux dispositions légales, celui-ci est conservé pendant 15 ans.
- ✓ Avoir convenu avec le praticien d'un ou plusieurs traitements avec des périodes intermédiaires, et avoir été conseillé par le praticien sur l'application de produits à domicile pour soutenir le traitement ainsi que sur les risques d'utilisation d'autres produits pendant la période de suivi convenue.
- ✓ Connaître et accepter les termes et conditions.
- ✓ Être conscient qu'en cas de contre-indications suivantes, je ne peux pas (encore) suivre le traitement :
 - allergies ou hypersensibilité à l'un des ingrédients du peeling ;
 - retard de cicatrisation ;
 - lésions ou infections cutanées, ou maladies de la peau, y compris l'acné active et l'herpès actif (par exemple, les feux sauvages) ;
 - diabète sucré insulino-dépendant (contre-indication relative) ;
 - troubles immunologiques/système immunitaire déficient (contre-indication relative) ;
 - le cancer ;
 - formation de chéloïdes ;
 - insuffisance rénale, respiratoire, hépatique ou cardiaque ;
 - cicatrices ou plaies fraîches ;
 - cicatrices hypertrophiques ;
 - antécédents de traitements de radiothérapie faciale ;
 - hypersensibilité à l'un des ingrédients du peeling ;
 - grossesse ou allaitement
 - peau endommagée ou, peu après l'épilation, utilisation d'une crème dépilatoire ;
 - utilisation d'un traitement systémique pour l'acné avec de l'isotrétinoïne il y a moins de 6 mois ;

et, en présence de l'une de ces contre-indications, de l'avoir signalée sincèrement au praticien.

- ✓ Avoir pris note et être conscient des soins ultérieurs nécessaires sous la forme de l'utilisation de produits de soins post peel et du suivi des recommandations à domicile pour les peelings TCA, ainsi que de mes propres responsabilités dans le respect de ces recommandations.
- ✓ Avoir pris connaissance et consentir à la communication électronique avec et entre les médecins, si nécessaire dans le cadre de mon traitement.
- ✓ Consentir à la production de documents photographiques médicaux, à condition qu'ils soient utilisés exclusivement dans mon dossier médical, sauf si j'ai donné mon consentement exprès et écrit pour une utilisation différente.

Je déclare avoir lu et compris ce qui précède et avoir pris la décision réfléchie de suivre le(s) traitement(s) sur la base de toutes les informations reçues. Cette déclaration s'applique à ce traitement et à tout traitement ultérieur dans le cadre d'un plan de traitement convenu avec le praticien.

nom + prénom patient

signature du patient

date

MEDICAL PEELING - INFORMED CONSENT

First name:	Last name:
Address:	Postal code:
Date of birth :	Telephone:
E-mail:	

If the treatment is the first of an agreed treatment plan, this agreement applies to the entire treatment plan. In the event of a dispute, complaint or disturbed relationship, the treatment plan is discontinued and the treatment agreement is terminated.

I declare the following:

- ✓ Be familiar with the treatment procedure and have been thoroughly informed, including receipt of all required documentation, about the treatment, options and alternatives. I have also received answers to all questions I have asked in response to the proposed procedure.
- ✓ To have been informed about the possible risks, (local) reactions and side effects/complications of the treatment, such as:
 - post-operative pain, redness, swelling, peeling, pigment shift and the (re)appearance of a herpes infection, such as a cold sore;
 - hypopigmentation (lightening of the skin), because a peeling peels off a layer of skin, potentially lightening the skin. This may persist for up to several months after the peel.
 - hyperpigmentation (darkening of the skin) can occur right after the peel to up to two months later. It can be prevented by avoiding the sun and using the creams recommended around the peel, such as Melablock 50+ and Blending Bleaching Cream.
 - allergic reactions in the form of itching, swelling or rash;
 - scarring - this is a rare complication. Increased risk exists in people with a history of keloid scars, or who have recently been treated with Roaccutane or who develop infections.
 - Persistent redness - areas of redness longer than 3 weeks should be reported;
 - premature loosening of the skin - removal of skin sheets from the skin (intentionally or unintentionally) reveals a layer of immature tissue, with an increased risk of infection and scarring;
 - bacterial infection - antibiotics may be required in this case;
 - herpes infection - if fever blisters occur regularly on the face, antiviral medication will be prescribed around the peel;
 - insufficient effect of the peeling - in this case, follow-up treatment may be necessary;

and accept these potential risks and side effects/complications.

- ✓ To contact the practitioner immediately in case of side effects or prolonged reactions.
- ✓ To understand adequately what the treatment entails and more realistically the expected results.
- ✓ To realize that the functional and/or cosmetic result of treatment cannot be guaranteed in advance and that dissatisfaction with the aesthetic result does not obligate the practitioner to perform a follow-up treatment other than at the applicable rates.
- ✓ To realize that if I have experienced a Covid infection or had a Covid vaccination in the recent past the sensitivity of my skin may be different and possible (temporary) skin reactions may occur.
- ✓ To be informed that the result of the treatment is of a non-persistent nature.
- ✓ To have completed and provided my medical history and details completely and truthfully and to report any change in personal situation before the scheduled treatment starts. I am aware that the answered questions and relevant information are part of my medical record and, in accordance with legal provisions, will be kept for 15 years.
- ✓ To have agreed with the practitioner on one or more treatments with intermediate periods, and to have been advised by the practitioner on the application of home products to support the treatment as well as the risks of using other products during the agreed period of aftercare.
- ✓ To be aware of and accept the terms and conditions.
- ✓ To be aware that with the following contraindications I cannot (yet) undergo the treatment:
 - allergies or hypersensitivity to any of the ingredients in the peel;
 - delayed healing;
 - skin damage or infection, or skin disease, including active acne and active herpes (e.g., cold sores);
 - insulin-dependent diabetes mellitus (relative contraindication);
 - immunological disorders/impaired immune system (relative contraindication);
 - cancer;
 - keloid formation;
 - renal, respiratory, hepatic or cardiac insufficiency;
 - fresh scars or wounds;
 - hypertrophic scars;
 - a history of facial radiotherapy treatments;
 - hypersensitivity to any of the ingredients in the peel;
 - pregnancy or breast feeding
 - damaged skin or, shortly after waxing, use of depilatory cream;
 - use of systemic treatment for acne with isotretinoin less than 6 months ago;

and, if any of these contraindications exist, have truthfully reported them to the practitioner.

- ✓ To have been informed and be aware of the necessary aftercare in the form of using post-peel care products and following the home recommendations for TCA peels, and my own responsibilities in complying with them.
- ✓ To be aware of and have consented to electronic communication with and between physicians as necessary as part of my treatment.
- ✓ To consent to the production of medical photo documentation, provided it is used exclusively in my patient record, unless I have given express written consent for a different use.

I declare that I have read and understood the above and have come to a well-considered decision to undergo the treatment(s) based on all the information received. This declaration applies to this and any subsequent treatments as part of a treatment plan agreed upon with the practitioner.

name + first name patient

signature patient

date
