

NL

FR [cliquez ici](#)

EN [click here](#)



RRS EYES - INFORMATIE & TOESTEMMING

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

Hierbij geef ik, ondergetekende, toestemming tot het mij toedienen van RRS HA Eyes.

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 behandelingsovereenkomst 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.
- Geïnformeerd te zijn over de mogelijke risico's, (lokale) reacties en bijwerkingen/complicaties van de behandeling, zoals roodheid, blauwe plekkjes, zwelling of een lokale ontsteking, en dat deze meestal binnen 12-48 uur na de behandeling ontstaan en binnen 72 uur verdwenen moeten zijn en deze risico's te accepteren.
- In het geval van bijwerkingen of langer durende reacties meteen contact met de behandelaar op te zullen nemen.
- 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.
- 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 één 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 absolute of relatieve contra-indicaties de behandeling niet onder bepaalde voorwaarden, op aangeven van behandelaar, kan ondergaan:
 - Allergieën voor één van de bestanddelen;
 - Een beschadiging of infectie aan de huid of een huidziekte;
 - Een koortslip (actieve herpes);
 - Gebruik van medicatie als immunosuppressiva of corticosteroïden;
 - Een auto-immuunziekte;
 - Diabetes type I;
 - Acute reumatoïde artritis;
 - Terugkerende angina of
 - Endocarditis;
- Indien er sprake is van een van deze contra-indicaties, dat ik deze aan de behandelaar heb gemeld.
- Geïnformeerd te zijn dat de behandeling niet kan plaatsvinden tijdens zwangerschap en tijdens het geven van borstvoeding.
- Geïnformeerd te zijn dat de behandeling met RRS®-Inject skinboosters bestaat uit het toedienen van vloeistoffen door middel van injecties in de huid en door mijn behandelaar ingelicht te zijn over welke toepassing hij/zij voor mij gaat gebruiken: handmatige injecties, een mesoinjectieapparaat, een dermapen of een dermaroller.
- Akkoord te gaan met de uitvoering van een eventuele allergietest door mijn behandelaar, die bestaat uit het injecteren van een klein beetje vloeistof in mijn onderarm en het controleren of er een reactie optreedt.
- Mij bewust te zijn van de noodzakelijke nazorg en mijn eigen verantwoordelijkheden in het naleven daarvan. Deze nazorg bestaat uit:
 - het gedurende de eerste twaalf uur na behandeling vermijden van hoge temperaturen, zoals blootstelling aan de zon, sauna en hamam;
 - het niet toepassen van make-up of huidverzorging gedurende de eerste twee uren na de behandeling.
 - 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 fotodocumentatie, mits deze uitsluitend gebruikt wordt in mijn patiëntendossier, tenzij ik uitdrukkelijk en schriftelijke toestemming heb gegeven voor een afwijkende toepassing.
- Ik verklaar het bovenstaande gelezen en begrepen te hebben en 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.

Ik heb gecontroleerd dat er geen wijzigingen zijn in mijn medische geschiedenis sinds mijn laatste afspraak.

naam + voornaam patiënt

handtekening patiënt

datum

YEUX RRS - CONSENTEMENT ECLAIRÉ

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

Je, soussigné(e), autorise par la présente l'administration de RRS HA Eyes à mon égard.

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 être informé de manière approfondie, notamment en recevant toute la documentation requise, sur le traitement, les options et les alternatives.
- Être informé des risques éventuels, des réactions (locales) et des effets secondaires/ complications du traitement, tels que rougeurs, ecchymoses, gonflements ou inflammations locales, et du fait que ceux-ci surviennent généralement dans les 12-48 heures suivant le traitement et devraient disparaître dans les 72 heures, et accepter ces risques.
- En cas d'effets secondaires ou de réactions plus durables, de contacter immédiatement le praticien.
- Être conscient 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 informé que le résultat du traitement a un caractère non permanent.
- 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 conditions générales.

- Etre conscient qu'en cas de contre-indications absolues ou relatives suivantes, je ne peux pas suivre le traitement dans certaines conditions, sur indication du praticien :
 - Des allergies à l'un des ingrédients ;
 - Une lésion ou une infection de la peau ou une maladie de la peau ;
 - Un feu sauvage (herpès actif) ;
 - L'utilisation de médicaments tels que les immunosuppresseurs ou les corticostéroïdes ;
 - Une maladie auto-immune ;
 - Un diabète de type 1 ;
 - Une polyarthrite rhumatoïde aiguë ;
 - Angine récurrente ou
 - Endocardite ;
- S'il existe l'une de ces contre-indications, que je l'ai signalée au praticien.
- Avoir été informé que le traitement ne peut avoir lieu pendant la grossesse et l'allaitement.
- Avoir été informé que le traitement par les boosters cutanés RRS®-Inject consiste en l'administration de fluides par injections dans la peau et avoir été informé par mon praticien de l'application qu'il utilisera pour moi : injections manuelles, appareil de mésoinjection, dermapen ou dermaroller.
- Accepter que mon praticien effectue un éventuel test d'allergie, qui consiste à injecter une petite quantité de liquide dans mon avant-bras et à vérifier si une réaction se produit.
- Connaître les suites nécessaires et mes propres responsabilités pour les respecter. Ce suivi consiste en :
 - éviter les températures élevées, telles que l'exposition au soleil, le sauna et le hammam, pendant les 12 premières heures suivant le traitement ;
 - ne pas appliquer de maquillage ou de soins de la peau pendant les deux premières heures suivant le traitement.
 - Avoir connaissance et avoir consenti 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 de patient, 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 décidé en toute connaissance de cause, sur la base de toutes les informations reçues, de suivre le(s) traitement(s). Cette déclaration s'applique à ce traitement et à tout traitement ultérieur dans le cadre d'un plan de traitement convenu avec le praticien.

J'ai vérifié qu'il n'y avait pas de changement dans mes antécédents médicaux depuis mon dernier rendez-vous.

nom + prénom patient

signature du patient

date



RRS EYES - INFORMED CONSENT

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

I, the undersigned, hereby give permission for RRS HA Eyes to be administered to me.

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:

- To be familiar with the treatment procedure and be thoroughly educated, including receipt of all required documentation, about the treatment, options and alternatives.
- Be informed about the possible risks, (local) reactions and side effects/complications of the treatment, such as redness, bruising, swelling or local inflammation, and that these usually occur within 12-48 hours after treatment and should disappear within 72 hours and accept these risks.
- To contact the practitioner immediately in case of side effects or longer lasting reactions.
- To be aware that the functional and/or cosmetic result of the 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 be informed that the result of treatment is of a non-permanent nature.
- To have completed and provided my medical history and information 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 will be part of my medical record and, in accordance with legal provisions, will be kept for 15 years.
- To have agreed with the practitioner one or more treatments with intervening 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 in case of the following absolute or relative contraindications, I cannot undergo the treatment under certain conditions, at the indication of practitioner:
 - Allergies to any of the ingredients;
 - A skin damage or infection or skin disease;
 - A cold sore (active herpes);
 - Use of medications such as immunosuppressants or corticosteroids;
 - An autoimmune disease;
 - Type 1 diabetes;
 - Acute rheumatoid arthritis;
 - Recurrent angina or
 - Endocarditis;
- If there are any of these contraindications, that I have reported them to the practitioner.
- To be informed that treatment cannot take place during pregnancy and while breastfeeding.
- To have been informed that treatment with RRS®-Inject skin boosters consists of the administration of fluids by injections into the skin and to have been informed by my practitioner about which application he/she will use for me: manual injections, a mesoinjection device, a dermapen or a dermaroller.
- To agree to my practitioner performing any allergy test, which consists of injecting a small amount of liquid into my forearm and checking to see if there is a reaction.
- To be aware of the necessary aftercare and my own responsibilities in complying with it. This aftercare consists of:
 - avoiding high temperatures such as sun exposure, sauna and hammam for the first twelve hours after treatment;
 - not applying makeup or skin care for the first two hours after treatment.
 - To be aware of and consent to electronic communication with and between physicians as necessary in connection with my treatment.
- To consent to the production of medical photographic documentation, provided it is used exclusively in my patient record, unless I have given express written permission for a different use.
- I declare that I have read and understood the above and have come to an informed decision based on all the information received to undergo the treatment(s). This statement applies to this and any subsequent treatments under a treatment plan agreed with practitioner.

I checked that there were no changes in my medical history since my last appointment.

name + first name patient

signature patient

date
