

NL

FR [cliquez ici](#)

EN [click here](#)



DRAADLIFT - INFORMATIE & TOESTEMMING

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

- Ik geef vrijwillig toestemming om een draadlift procedure te ondergaan.
- Ik begrijp dat de procedure kan resulteren in een verbetering van het uiterlijk en meestal wordt gebruikt voor milde tot matige huidverslapping en huidverjonging. De behandeling omvat het gebruik van naalden en/of canules om een oplosbare draad in de onderhuidse lagen van de huid te injecteren.
- Ik weet ook dat PDO-draden, eenmaal ingebracht, volledig worden geabsorbeerd en dat er na 6 maanden alleen nieuw collageen overblijft. De draden zijn niet allergen, en het ongemak na het inbrengen is licht tot matig en duurt meestal 3-4 dagen, waarvoor pijnstillers zoals paracetamol 2-3 keer per dag na de maaltijd nodig zijn. Ontstekingsremmers (bv. Ibuprofen) worden niet aanbevolen, omdat deze categorie geneesmiddelen de ontsteking vermindert en de collageenvorming kan verminderen. Ik zal het advies van een apotheker of huisarts inwinnen voordat ik medicijnen gebruik.
- Ik erken dat mij geen schriftelijke of impliciete mondelinge garantie, waarborg of verzekering is gegeven met betrekking tot het resultaat van de procedure.
- Ik begrijp dat algemene blauwe plekken in verband met het inbrengen van de polydioxanondraad minimaal zijn, maar dat cliënten die aspirine of andere bloedverdünnende medicijnen gebruiken iets meer blauwe plekken kunnen krijgen. Aspirine die voor een medische indicatie wordt voorgeschreven, mag niet worden gestaakt; blauwe plekken zijn echter waarschijnlijker.
- Ik ben me ervan bewust dat een zekere mate van zwelling kan worden verwacht die ongeveer 2-3 dagen aanhoudt. Cliënten die risico lopen op een koortslip krijgen het advies om profylactische aciclovir-tabletten in te nemen en topische crème aan te brengen, vooral als er draden rond de lippen worden aangebracht. Ik zal het advies van een apotheker of huisarts inwinnen voordat ik medicijnen gebruik.
- Ik ga ermee akkoord dat de bestaande asymmetrie in het gezicht niet volledig wordt verholpen.

- Ik moet warme baden en douches, sauna's, stoombaden en openbare zwembaden vermijden gedurende 48 uur na de behandeling.
- Er bestaat een klein risico op infectie van het behandelde huidgebied na de procedure, hoewel dit naar verwachting niet zal optreden vanwege de steriliteit van de gebruikte medische hulpmiddelen.
- Een stekende of "trekkende" pijn of ongemak is normaal. De pijn vermindert na 2 weken en zou tegen week 5 moeten verdwijnen. Vermijd het gebruik van ontstekingsremmende medicijnen (tot 7 dagen na de behandeling) zoals Nurofen, omdat ontsteking nodig is om het proces van nieuwe collageenvorming op gang te brengen.
- Andere bijwerkingen zijn blauwe plekken, zwelling, hematomen en een lichte roodheid van het gebied die tot 7 dagen kan aanhouden.
- Ik begrijp dat de behandeling zeldzame complicaties kan hebben, zoals zichtbaar verheven gebieden of oneffenheden op/rond de behandelde plaats. Asymmetrie, overcorrectie of ondercorrectie. Langdurige verkleuring van de huid zoals bruin, grijs, blauw of rood. In zeldzame gevallen kan er draadmateriaal uit de huid komen. Langdurige of ernstige zwelling. In zeldzame gevallen kunnen zich granulomen of stevige knobbels vormen. Goedaardige tumorvorming (keratoacanthomen) kan voorkomen. Allergische reactie met jeuk, roodheid en in uiterst zeldzame gevallen gegeneraliseerde allergische reactie zoals zwelling van het hele lichaam, ademhalingsproblemen en shock. Littekenvorming is uiterst zeldzaam. Huidafbraak of ulceratie. Trauma aan de gezichtsnerf is een mogelijke maar zeldzame complicatie.
- Ik begrijp dat individuele resultaten kunnen variëren en dat er geen garanties worden gegeven met betrekking tot de verwachte resultaten van deze procedure. Ik ben bereid om op deze basis door te gaan met deze behandeling.
- Ik bevestig dat de behandeling en het product dat wordt gebruikt volledig aan mij zijn uitgelegd en dat ik op die basis akkoord ga met de behandeling. Ik heb alle mogelijke vragen gesteld en alle passende nazorg ontvangen.
- Ik begrijp dat ik deze behandeling onderga met kennis van alle feiten, bijwerkingen, resultaten van de behandeling en complicaties en dat ik de kliniek niet aansprakelijk zal stellen indien zich bovengenoemde problemen voordoen.
- Ik geef volledige toestemming voor het gebruik van mijn voor en na foto's voor marketingdoeleinden, op voorwaarde dat alle identificerende kenmerken bedekt zijn en dat er geen manier is om mezelf te identificeren aan de hand van de foto. De foto's worden 6 jaar bewaard en kunnen worden gebruikt in geval van een vordering tegen ons. Ze worden opgeslagen op een met een wachtwoord gecodeerde harde schijf.
- Volgens de GDPR regel, begrijp ik dat ik volledige toegang heb tot alle gegevens die over mij worden bewaard. Deze gegevens worden door de kliniek niet langer dan 6 jaar bewaard voor verzekeringsdoeleinden, waarna digitale informatie permanent wordt verwijderd en papieren documenten worden vernietigd. Alle informatie over mijzelf wordt bewaard op met een wachtwoord gecodeerde harde schijven of in archiefkasten waartoe alleen selectieve medewerkers toegang hebben. Niets van mijn persoonlijke gegevens zal worden verkocht of gebruikt voor iets anders dan voor de diensten van deze kliniek.

Zorg ervoor dat u de mogelijke complicaties en persoonlijke vereisten van de hieronder aangegeven procedure begrijpt en bevestigt of beantwoordt de punten en vragen met: JA / NEE

JA/NEE

Bent u allergisch voor lokale anesthetica, heeft u een geschiedenis van anafylactische shock (ernstige allergische reacties)?	
Geeft u toestemming voor het gebruik van een plaatselijk verdovingsmiddel?	
Heeft u een bekende allergie? Zo ja, gelieve op de volgende pagina van het formulier te specificeren.	
Heeft u de afgelopen 12 maanden orale retinoïden (Roaccutane) gebruikt?	
Gebruikt u topische retinoïden/Vitamine A producten?	
Heeft u actieve acne met papels of pustels?	
Gebruikt u Aspirine, Warfarin, andere antistollingsbehandelingen of andere medicijnen of voedingssupplementen zoals Omega-3 die de werking van de bloedplaatjes en de bloedingstijd kunnen beïnvloeden?	
Heeft u enige vorm van huidkanker of heeft u die gehad?	
Gebruikt u steroïden, chemotherapie of radiotherapie?	
Gebruikt u andere medicijnen? Zo ja, gelieve op de volgende pagina van dit formulier te specificeren.	
Lijdt u aan een ziekte zoals diabetes, angina, epilepsie, hepatitis, auto-immuunziekte?	
Heeft u last van keloïde of hypertrofische littekens?	
Heeft u een geschiedenis van herpes simples (koortslip) of andere huidinfecties?	
Hebt u in de afgelopen 6 weken een laserresurfacing of huidpeeling ondergaan?	
Bent u zwanger of bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	
Geeft u borstvoeding?	
Wilt u zich gedurende ten minste 2 weken onthouden van intensieve blootstelling aan zonlicht en / of kunstmatige UV-blootstelling?	
Zult u dagelijks zonnebeschermingsproducten met een SPF 30+ of hoger en met aangegeven UVA/UVB-bescherming gebruiken en deze gedurende dezelfde periode regelmatig aanbrengen?	



Aanvullende opmerkingen:

Ik bevestig dat de informatie die ik heb verstrekt naar mijn beste weten correct is en dat er geen andere medische informatie is die ik bekend moet maken.

Ik begrijp dat behandelingen en producten geen exacte wetenschap zijn en dat daarom geen garantie kan worden gegeven voor de resultaten van de in dit document genoemde behandelingen. Ik accepteer en begrijp dat het doel van deze behandeling verbetering is, geen perfectie, en dat er geen garantie is dat de verwachte resultaten zullen worden bereikt.

Opmerkingen:

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

naam + voornaam patiënt	datum	handtekening patiënt
naam behandelaar	datum	handtekening behandelaar
Behandelingsnummer	Datum Naald	Batchnummer
Nummer verdovingsmiddel Partij		





FILS TENSEURS - CONSENTEMENT ECLAIRÉ

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

- Je consens volontairement à subir une procédure de lifting par fil.
- Je comprends que la procédure peut entraîner une amélioration de l'apparence et qu'elle est généralement utilisée pour une laxité cutanée légère à modérée et un rajeunissement de la peau. Le traitement implique l'utilisation d'aiguilles et/ou de canules pour injecter un fil soluble dans les couches sous-cutanées de la peau.
- Je sais également que les fils PDO, une fois insérés, sont complètement absorbés et qu'il ne reste que du nouveau collagène après 6 mois. Les fils ne sont pas allergènes, et l'inconfort après l'insertion est léger à modéré et dure généralement 3 à 4 jours, nécessitant des analgésiques tels que le paracétamol 2 à 3 fois par jour après les repas. Les anti-inflammatoires (par exemple l'ibuprofène) ne sont pas recommandés, car cette classe de médicaments réduit l'inflammation et peut réduire la formation de collagène. Je demanderai l'avis d'un pharmacien ou d'un médecin généraliste avant de prendre tout médicament.
- Je reconnais qu'aucune garantie écrite ou orale implicite ne m'a été donnée en ce qui concerne l'issue de la procédure.
- Je comprends que les ecchymoses générales associées à l'insertion du fil de polydioxane sont minimales, mais que les clients qui prennent de l'aspirine ou d'autres médicaments anticoagulants peuvent présenter des ecchymoses légèrement plus importantes. L'aspirine prescrite pour une raison médicale ne doit pas être interrompue, mais les ecchymoses sont plus probables.
- Je sais qu'il faut s'attendre à un certain gonflement qui durera environ 2 à 3 jours. Il est conseillé aux clients exposés au risque d'herpès labial de prendre des comprimés d'aciclovir à titre prophylactique et d'appliquer une crème topique, en particulier si les fils sont appliqués autour des lèvres. Je demanderai l'avis d'un pharmacien ou d'un médecin généraliste avant de prendre tout médicament.
- Je reconnais que l'asymétrie faciale existante ne sera pas complètement corrigée.

- Je dois éviter les bains et les douches chauds, les saunas, les hammams et les piscines publiques pendant 48 heures après le traitement.
- Il existe un faible risque d'infection de la zone cutanée traitée après l'intervention, bien qu'il soit peu probable que cela se produise en raison de la stérilité des dispositifs médicaux utilisés.
- Une douleur ou une gêne de type "coup de poignard" ou "tiraillement" est normale. La douleur diminue après 2 semaines et devrait disparaître à la 5e semaine. Évitez de prendre des anti-inflammatoires (jusqu'à 7 jours après le traitement) tels que le Nurofen, car l'inflammation est nécessaire pour déclencher le processus de formation du nouveau collagène.
- Les autres effets secondaires sont des ecchymoses, des gonflements, des hématomes et une légère rougeur de la zone qui peut durer jusqu'à 7 jours.
- Je comprends que le traitement peut entraîner de rares complications, telles que des zones visiblement surélevées ou des taches sur/autour de la zone traitée. Asymétrie, surcorrection ou sous-correction. Une décoloration à long terme de la peau (brune, grise, bleue ou rouge). Dans de rares cas, le fil métallique peut sortir de la peau. Gonflement prolongé ou important. Dans de rares cas, des granulomes ou des masses fermes peuvent se former. La formation de tumeurs bénignes (kératoacanthomes) est possible. Réaction allergique avec démangeaisons, rougeurs et, dans de très rares cas, réaction allergique généralisée telle que gonflement du corps entier, problèmes respiratoires et choc. La formation de cicatrices est extrêmement rare. Rupture de la peau ou ulcération. Le traumatisme du nerf facial est une complication possible mais rare.
- Je comprends que les résultats individuels peuvent varier et qu'aucune garantie n'est donnée quant aux résultats attendus de cette procédure. Je suis prêt(e) à suivre ce traitement sur cette base.
- Je confirme que le traitement et le produit utilisé m'ont été entièrement expliqués et que j'accepte le traitement sur cette base. J'ai posé toutes les questions possibles et j'ai reçu tous les soins appropriés après le traitement.
- Je comprends que je suis ce traitement en connaissance de cause, des effets secondaires, des résultats du traitement et des complications et que je ne tiendrai pas la clinique pour responsable si les problèmes susmentionnés surviennent.
- Je consens pleinement à l'utilisation de mes photos avant et après à des fins de marketing, à condition que tous les éléments permettant de m'identifier soient couverts et qu'il n'y ait aucun moyen de m'identifier à partir de la photo. Les photos sont conservées pendant 6 ans et peuvent être utilisées en cas de réclamation contre nous. Elles sont stockées sur un disque dur crypté par un mot de passe.
- Conformément à la règle GDPR, je comprends que j'ai un accès complet à toutes les données détenues à mon sujet. Ces données sont conservées par la clinique à des fins d'assurance pour une durée maximale de 6 ans, après quoi les informations numériques sont définitivement effacées et les documents papier détruits. Toutes les informations me concernant sont conservées sur des disques durs cryptés par mot de passe ou dans des classeurs auxquels seul le personnel sélectif a accès. Aucune de mes informations personnelles ne sera vendue ou utilisée à d'autres fins que les services de cette clinique.

Assurez-vous de bien comprendre les complications possibles et les exigences personnelles de la procédure indiquée ci-dessous et confirmez ou répondez aux points et questions par : OUI / NON

OUI / NON

Êtes-vous allergique aux anesthésiques locaux, avez-vous des antécédents de choc anaphylactique (réactions allergiques graves) ?	
Consentez-vous à l'utilisation d'un anesthésique local ?	
Avez-vous des allergies connues ? Si oui, veuillez le préciser à la page suivante du formulaire.	
Avez-vous utilisé des rétinoïdes oraux (Roaccutane) au cours des 12 derniers mois ?	
Utilisez-vous des rétinoïdes topiques ou des produits à base de vitamine A ?	
Avez-vous de l'acné active avec des papules ou des pustules ?	
Prenez-vous de l'aspirine, de la warfarine, d'autres traitements anticoagulants ou d'autres médicaments ou compléments alimentaires tels que les oméga-3 qui peuvent affecter la fonction plaquettaire et le temps de saignement ?	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une forme quelconque de cancer de la peau ?	
Utilisez-vous des stéroïdes, une chimiothérapie ou une radiothérapie ?	
Prenez-vous d'autres médicaments ? Si oui, veuillez le préciser à la page suivante de ce formulaire.	
Souffrez-vous d'une maladie telle que le diabète, l'angine de poitrine, l'épilepsie, l'hépatite, une maladie auto-immune ?	
Souffrez-vous de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques ?	
Avez-vous des antécédents d'herpès simple (boutons de fièvre) ou d'autres infections cutanées ?	
Avez-vous subi un resurfaçage au laser ou un peeling de la peau au cours des 6 dernières semaines ?	
Êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte ?	
Allaitez-vous ?	
Souhaitez-vous vous abstenir d'une exposition intensive au soleil et/ou d'une exposition artificielle aux UV pendant au moins 2 semaines ?	
Utiliserez-vous quotidiennement des produits de protection solaire d'un FPS 30+ ou plus, avec une protection UVA/UVB indiquée, et les appliquerez-vous régulièrement au cours de la même période ?	



Notes supplémentaires :

Je comprends que les traitements et les produits ne sont pas une science exacte et que, par conséquent, aucune garantie ne peut être donnée quant aux résultats des traitements mentionnés dans le présent document. J'accepte et je comprends que le but de ce traitement est l'amélioration, et non la perfection, et qu'il n'y a pas de garantie de résultat,

et non la perfection, et qu'il n'y a aucune garantie que les résultats escomptés seront atteints.

Notes :

Je (nom du client) ai vérifié qu'il n'y a pas de changement dans mes antécédents médicaux depuis mon dernier rendez-vous.

nom + prénom patient	date	signature patient
nom du praticien	date	praticien signataire
Numéro de traitement	Aiguille de datation	Numéro de lot
Nombre d'anesthésistes Partie		



THREAD LIFT - INFORMED CONSENT

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

- I voluntarily consent to undergo a thread lift procedure.
- I understand that the procedure can result in an improvement in appearance and is usually used for mild to moderate skin loosening and skin rejuvenation. Treatment involves using needles and/or cannulas to inject a dissolvable thread into the subcutaneous layers of the skin.
- I also know that once inserted, PDO threads are completely absorbed and only new collagen remains after 6 months. The threads are non-allergenic, and discomfort after insertion is mild to moderate and usually lasts 3-4 days, requiring painkillers such as paracetamol 2-3 times a day after meals. Anti-inflammatory drugs (e.g. ibuprofen) are not recommended because this class of drugs reduces inflammation and may reduce collagen formation. I will seek the advice of a pharmacist or GP before taking any medication.
- I acknowledge that no written or implied oral warranty, guarantee or assurance has been given to me as to the outcome of the proceedings.
- I understand that overall bruising associated with the insertion of the polydioxanone wire is minimal, but clients taking aspirin or other blood-thinning medications may experience slightly more bruising. Aspirin prescribed for a medical indication should not be discontinued; however, bruising is more likely.
- I am aware that some degree of swelling can be expected to last for about 2-3 days. Clients at risk of cold sores are advised to take prophylactic acyclovir tablets and apply topical cream, especially if threads are being applied around the lips. I will seek the advice of a pharmacist or GP before taking any medication.
- I agree that the existing facial asymmetry will not be completely corrected.
- I must avoid hot baths and showers, saunas, steam rooms and public swimming pools for 48 hours after treatment.

- There is a small risk of infection of the treated skin area after the procedure, although this is not expected to occur due to the sterility of the medical devices used.
- A stabbing or “pulling” pain or discomfort is normal. The pain diminishes after 2 weeks and should disappear by week 5. Avoid taking anti-inflammatory drugs (up to 7 days after treatment) such as Nurofen, as inflammation is necessary to trigger the process of new collagen formation.
- Other side effects include bruising, swelling, hematomas, and a slight redness of the area that can last up to 7 days.
- I understand that the treatment may have rare complications, such as visibly raised areas or bumps on/around the treated area. Asymmetry, overcorrection or undercorrection. Long-term discoloration of the skin such as brown, gray, blue or red. In rare cases, thread material may come out of the skin. Prolonged or severe swelling. In rare cases, granulomas or firm nodules may form. Benign tumor formation (keratoacanthomas) can occur. Allergic reaction with itching, redness and in extremely rare cases generalized allergic reaction such as swelling of the whole body, difficulty breathing and shock. Scar formation is extremely rare. Skin breakdown or ulceration. Trauma to the facial nerve is a possible but rare complication.
- I understand that individual results may vary and no guarantees are made as to the expected results of this procedure. I am willing to continue with this treatment on this basis.
- I confirm that the treatment and product being used have been fully explained to me and that I agree to the treatment on that basis. I have asked all possible questions and received all appropriate follow-up.
- I understand that I am undergoing this treatment with knowledge of all facts, side effects, treatment results and complications and that I will not hold the clinic liable should any of the above issues arise.
- I give full permission for my before and after photos to be used for marketing purposes, provided that all identifying features are covered and there is no way to identify myself from the photo. The photos are kept for 6 years and can be used in case of a claim against us. They are stored on a password-encrypted hard drive.
- Under the GDPR rule, I understand that I have full access to all data held about me. This data is kept by the clinic for no longer than 6 years for insurance purposes, after which digital information is permanently deleted and paper documents are destroyed. All information about myself is kept on password-encrypted hard drives or arch

Make sure you understand the possible complications and personal requirements of the procedure indicated below and confirm or answer the items and questions with:

YES / NO

YES / NO

Are you allergic to local anesthetics, do you have a history of anaphylactic shock (severe allergic reactions)?	
Do you give permission for the use of a local anesthetic?	
Do you have a known allergy? If so, please specify on the next page of the form.	
Have you used oral retinoids (Roaccutane) in the past 12 months?	
Do you use topical retinoids/Vitamin A products?	
Do you have active acne with papules or pustules?	
Are you taking Aspirin, Warfarin, other anticoagulant treatments, or any other medications or dietary supplements such as Omega-3 that may affect platelet function and bleeding time?	
Do you have or have you had any form of skin cancer?	
Do you use steroids, chemotherapy or radiotherapy?	
Do you use other medicines? If so, please specify on the next page of this form.	
Do you suffer from any disease such as diabetes, angina, epilepsy, hepatitis, autoimmune disease?	
Do you suffer from keloid or hypertrophic scars?	
Do you have a history of herpes simples (cold sores) or other skin infections?	
Have you had laser resurfacing or skin peeling in the past 6 weeks?	
Are you pregnant or is there a possibility that you are pregnant?	
Are you breastfeeding?	
Do you want to refrain from intensive exposure to sunlight and / or artificial UV exposure for at least 2 weeks?	
Will you use sunscreen products with an SPF 30+ or higher and with indicated UVA/UVB protection on a daily basis and will you apply them regularly over the same period of time?	



Additional Notes:

I confirm that the information I have provided is correct to the best of my knowledge and that there is no other medical information that I need to disclose. I understand that treatments and products are not an exact science and therefore no guarantee can be made as to the results of the treatments mentioned in this document. I accept and understand that the goal of this treatment is improvement, not perfection, and that there is no guarantee that the expected results will be achieved.

Remarks:

I (Client Name) have verified that there are no changes in my medical history since my last appointment.

name + first name patient	date	signature patient
practitioner name	date	signature practitioner
Treatment number	Date Needle	Batch number
Number of anesthetic Party		

