

NL

FR [cliquez ici](#)

EN [click here](#)



## SPIDER VEIN REMOVAL - INFORMATIE & TOESTEMMING

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

### Hierbij geef ik, ondergetekende, toestemming voor Spider Vein Removal.

- Ik begrijp dat het verwijderen of minder zichtbaar maken van “spider vein” of oppervlakkige haarvaatjes een procedure met de laser is.
- Ik begrijp dat er een mogelijkheid is van zeldzame bijwerkingen zoals littekenvorming of permanente verkleuring.
- Andere bijwerkingen zoals zwelling, blaarvorming, korstvorming of schilfering van het behandelde gebied kunnen één tot drie weken nodig hebben om te genezen.
- Zodra deze aandoeningen zijn genezen, kan het behandelde gebied nog steeds twee tot vier weken gevoelig zijn voor de zon, of mogelijk langer bij sommige patiënten.
- Tijdens het genezingsproces bestaat er een kleine kans dat het behandelde gebied lichter (hypo-pigmentatie) of donkerder (hyper-pigmentatie) van kleur kan worden in vergelijking met de omringende huid. Dit is meestal een tijdelijke toestand, maar in zeldzame gevallen kan het permanent zijn.

### Het is BELANGRIJK dat ik alle instructies na de behandeling zorgvuldig opvolg.

- Ik begrijp dat als ik in de zon ben geweest of een zonnebank heb gebruikt binnen een periode van 3 dagen voor of na de behandeling, ik het risico loop op pigmentvlekken.
- Na de behandeling kan ik het risico lopen op een mogelijke pigmentverandering of blaarvorming.
- Ik begrijp dat deze procedure gepaard gaat met een laser en dat er tijdens de behandeling ongemak kan optreden.
- Het is mogelijk dat de resultaten minimaal zijn of afwezig zijn.



- Ik besef dat de reactie van elk individu op de behandeling verschillend is; daarom kunnen er meerdere behandelingen nodig zijn om de gewenste resultaten te bereiken.
- Ik begrijp en ga ermee akkoord dat Sarasin Clinic foto's kan maken van mijn behandelgebied om mijn vooruitgang te controleren.
- Ik begrijp ook dat als ik eenmaal met mijn behandelprogramma ben begonnen, er geen terugbetalingen zijn, noch worden er terugbetalingen gedaan indien u niet tevreden zou zijn over de resultaten of het uitblijven van de resultaten.
- Ik heb de nazorg instructies ontvangen.
- Sarasin Clinic of een medewerker van Sarasin Clinic heeft uitleg gegeven over de aard en het doel van de laseraderbehandeling, inclusief eventuele risico's en mogelijke complicaties, en heeft de inhoud van dit formulier met mij besproken.
- Ik heb dit toestemmingsformulier gelezen en begrepen en ga akkoord met de voorwaarden en geef toestemming voor de behandeling.
- Ik begrijp verder dat Sarasin Clinic de resultaten niet kan garanderen en dat ik Sarasin Clinic of zijn/haar medewerkers niet verantwoordelijk zal houden voor mijn individuele resultaten van de laseraderbehandeling die ik heb aangevraagd

**(Ouder of voogd als de patiënt jonger is dan 18 jaar)**

**FORMULIER VOOR GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING**

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

---

**naam + voornaam patiënt**

**handtekening patiënt**

**datum**

---



## EFFACER LES VARICOSITÉS - CONSENTEMENT ECLAIRÉ

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

### Je soussigné(e) consens par la présente à l'ablation des veines d'araignée.

- Je comprends que l'élimination ou la réduction de l'apparence des varicosités ou des capillaires superficiels est une procédure au laser.
- Je comprends qu'il existe une possibilité d'effets secondaires rares tels que des cicatrices ou une décoloration permanente.
- D'autres effets secondaires tels que l'enflure, la formation de cloques, la formation de croûtes ou la desquamation de la zone traitée peuvent prendre une à trois semaines à guérir.
- Une fois ces conditions guéries, la zone traitée peut encore être sensible au soleil pendant deux à quatre semaines, voire plus longtemps chez certains patients.
- Pendant le processus de guérison, il y a une petite chance que la zone traitée devienne plus claire (hypo-pigmentation) ou plus foncée (hyper-pigmentation) par rapport à la peau environnante. Il s'agit généralement d'une condition temporaire, mais dans de rares cas, elle peut être permanente.

### Il est IMPORTANT de suivre attentivement toutes les instructions après le traitement.

- Je comprends que si j'ai été au soleil ou utilisé un lit de bronzage dans un délai de 3 jours avant ou après le traitement, je suis à risque de pigmentation.
- Après le traitement, je peux être exposé à un éventuel changement de pigment ou à la formation de cloques.
- Je comprends que cette procédure implique un laser et qu'un inconfort peut survenir pendant le traitement.
- Il est possible que les résultats soient minimes ou absents.

- Je me rends compte que la réponse de chaque individu au traitement est différente ; par conséquent, plusieurs traitements peuvent être nécessaires pour obtenir les résultats souhaités.
- Je comprends et j'accepte que Sarasin Clinic puisse prendre des photos de ma zone de traitement pour suivre mes progrès.
- Je comprends également qu'une fois que j'ai commencé mon programme de traitement, il n'y a aucun remboursement, et aucun remboursement ne sera effectué si vous n'êtes pas satisfait des résultats ou de l'absence de résultats.
- J'ai reçu les instructions de suivi.
- Sarasin Clinic ou un employé de Sarasin Clinic m'a expliqué la nature et le but du traitement veineux au laser, y compris les risques et les complications possibles, et a discuté avec moi du contenu de ce formulaire.
- J'ai lu et compris ce formulaire de consentement et j'accepte les termes et conditions et je consens au traitement.
- Je comprends en outre que Sarasin Clinic ne peut garantir les résultats et que je ne tiendrai pas Sarasin Clinic ou ses employés responsables de mes résultats individuels du traitement veineux au laser que j'ai demandé

**(Parent ou tuteur si le patient a moins de 18 ans)**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

**J'ai vérifié qu'il n'y a eu aucun changement dans mes antécédents médicaux depuis mon dernier rendez-vous.**

---

**nom + prénom patient**

**signature du patient**

**date**

---



## SPIDER VEIN REMOVAL - INFORMED CONSENT

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

**I, the undersigned, hereby give permission for Spider Vein Removal.**

- I understand that removing or reducing the appearance of spider veins or superficial capillaries is a laser procedure.
- I understand there is a possibility of rare side effects such as scarring or permanent discoloration.
- Other side effects such as swelling, blistering, crusting, or peeling of the treated area may take one to three weeks to heal.
- Once these conditions have healed, the treated area may still be sensitive to the sun for two to four weeks, or possibly longer in some patients.
- During the healing process, there is a small chance that the treated area may become lighter (hypo-pigmentation) or darker (hyper-pigmentation) in color compared to the surrounding skin. This is usually a temporary condition, but in rare cases it can be permanent.

**It is IMPORTANT that I follow all instructions carefully after treatment.**

- I understand that if I have been in the sun or used a tanning bed within a period of 3 days before or after the treatment, I am at risk of pigmentation.
- After the treatment I may be at risk of a possible pigment change or blister formation.
- I understand that this procedure involves a laser and discomfort may occur during the treatment.
- It is possible that the results are minimal or absent.

- I realize that each individual’s response to treatment is different; therefore, multiple treatments may be required to achieve the desired results.
- I understand and agree that Sarasin Clinic may take pictures of my treatment area to monitor my progress.
- I also understand that once I have started my treatment program, there are no refunds, nor will refunds be made should you be dissatisfied with the results or lack of results.
- I have received the aftercare instructions.
- Sarasin Clinic or a Sarasin Clinic employee has explained the nature and purpose of the laser vein treatment, including any risks and possible complications, and has discussed the contents of this form with me.
- I have read and understood this consent form and agree to the terms and conditions and consent to the treatment.
- I further understand that Sarasin Clinic cannot guarantee the results and that I will not hold Sarasin Clinic or its employees responsible for my individual results of the laser vein treatment I have requested

**(Parent or guardian if the patient is under 18 years old)**

**INFORMED CONSENT FORM**

**I’ve checked that there are no changes in my medical history since my last appointment.**

---

<b>name + first name patient</b>	<b>signature patient</b>	<b>date</b>

---

