

## Toestemming voor behandeling van plooien of rimpels met Sculptra®

Naam (dames: meisjesnaam!):					
Voorletters:		Geslacht:	m / v	Geb. datum:	

Hiermee bevestig ik dat we hebben gesproken over de aard van mijn gesteldheid, de behandeling die ik wens te ondergaan, de eventuele alternatieve methoden, de algemene aard van de voorgestelde behandeling, de vooruitzichten voor het welslagen en de mogelijke risico's en baten van een dergelijke behandeling.

De procedure is mij uitgelegd. Het beoogde effect van de behandeling is een verbetering van de gezichtscontouren door een vulling van rimpels of plooien. Ik ben op de hoogte gesteld van het feit dat, ondanks het vooruitzicht op goede resultaten, de kans op complicaties en de aard van complicaties nooit precies kan worden voorzien en dat daardoor geen garanties, zowel uitdrukkelijk als stilzwijgend, kunnen worden gegeven met betrekking tot het welslagen of andere uitkomsten van de behandeling. Als u in het verleden injecties met permanente vullers heeft gehad, is de kans op complicaties na een volgende behandeling groter. Ook als u nu kiest voor een product met tijdelijke werkzaamheid.

Ik ben me ervan bewust dat de correctie niet permanent is, als gevolg van een natuurlijke afbraak van het implantaatmateriaal en een vermindering van het eigen bindweefsel in de loop der tijd. Mogelijke risico's van deze behandeling zijn onder andere: Tegenvallende cosmetische resultaten, afstoting van het materiaal, plooien of lijnen, noodzaak van eventuele vervolgbehandelingen, zwellingen, vorming van knobbeltjes of allergische reacties. Na inspuiting treden op de plaats van de injectie enkele reacties op van zwelling, roodheid, gevoeligheid en soms ook jeuk. Deze verdwijnen in principe spontaan binnen 2 tot 7 dagen na injectie. Zonnebaden, en gebruik van make-up, scrub, peelings, sauna of zonnebank wordt de eerste dagen na behandeling afgeraden.

Ik geef de behandelend arts van DermaClinic toestemming voor de injectie van het injecteerbaar implantaat Sculptra® en eventuele andere behandelingen die naar het oordeel van de arts wenselijk zijn voor mijn welzijn. Deze toestemming geldt ook voor vergelijkbare procedures in de toekomst.

Hierbij verklaar ik dat ik dit toestemmingsformulier heb gelezen (of dat het mij is voorgelezen) en dat ik dit formulier en de informatie die het bevat begrijp. Ik heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen met betrekking tot de behandeling, waaronder vragen over risico's of alternatieven, en ik verklaar dat al mijn vragen met betrekking tot de procedure naar tevredenheid zijn beantwoord. Ook de aandachtspunten na behandeling zijn mij uitgelegd, en ik zal de gegeven adviezen opvolgen. Hiermee verklaar ik ook de vragen betreffende mijn medische voorgeschiedenis naar mijn beste weten te hebben beantwoord.

Ik stem ermee in om me, desgevraagd, te laten fotograferen. Deze opnamen zijn eigendom van DermaClinic en kunnen gebruikt worden voor publicaties of presentaties. Gebruik hiervan voor promotie doeleinden is uitgesloten, tenzij ik daarvoor uitdrukkelijk toestemming verleen.

**DIT TOESTEMMINGSFORMULIER IS TEVENS VAN KRACHT VOOR ALLE TOEKOMSTIGE BEHANDELINGEN TOTDAT IK HET GEHELE FORMULIER OF EEN DEEL ERVAN SCHRIFTELIJK HERROEP.**

Datum: .....

....., arts  
 DermaClinic B.V.

Handtekening klant: