

De heer / Mevrouw: Identiteitskaart nummer,

Hierbij VRAAG ik EN GEEF TOESTEMMING aan het verantwoordelijk centrum en haar specialisten om de behandeling met ZIONIC toe te dienen

Ik verklaar hierbij dat ik werd geïnformeerd dat:

1. De natuur van de ZIONIC-procedure die, via een roterende massage met hoge energie-intensiteit en lage impedantie, hoogfrequentie RESISTIEVE RADIOFREQUENTIE, het spier- en huidweefsel van de behandelde zone activeert.
2. De ZIONIC behandeling concentreert zich op de dermis en activeert de productie van elastische vezels van de huid, meer bepaald collageen en elastine; het verhoogt het metabolisme van het vetweefsel, verbetert de bloedstroom en de lymfatische circulatie want het helpt bij de adequate verwijdering van afval; het verhoogt de spiertonus, door de productie te verhogen van spiervezels die de huid samentrekken en het produceert een verfrissend effect dankzij de combinatie van warmte en massage.
3. De verwachte behandelingsresultaten, ongeacht het feit dat ze kunnen variëren, aanspannend, tonifiërend en modellerend zijn; ze leveren anti-cellulite en antiallergische effecten.
4. ZIONIC niet-invasieve behandelingen verschaft.

BIJWERKINGEN

Hoewel de toepassing van rotationele massage en resistieve radiofrequentie een procedure is met een relatief laag risico, kan een bepaald neveneffect zich voordoen zoals: ERYTHEEM (roodheid).

Het is van groot belang omwille van de soms voorkomende bijwerkingen dat u als klant de juiste informatie weergeeft en aanduidt betreffende de toestand van uw gezondheid op dit gezondheidsverklaringsdocument.

Soms voorkomende bijwerkingen

- Allergiën, brandwonden, hypovolemie, bradycardie, veneuze trombo-embolie, vet embolie, infectie, vloeistofophoping, panniculitis, contour onregelmatigheden.

CONTRA-INDICATIES

- O Stollingsstoornissen of bloed verdunnende medicijnen.
- O Ongecontroleerde hypertensie.
- O Suikerziekte
- O Flebitis of vasculitis (ontsteking van de aders, gezwollen lymfklieren, zwakke aders + ernstige retentie in de bloedsomloop)
- O Kanker of tumors.
- O Obesitas.
- O Zwangerschap of borstvoeding.
- O Recente chirurgie in de te behandelen zone (3 maanden wachttijd voor behandeling).
- O Besmettelijke huidziekten (schimmelinfecties, lupus). Niet besmettelijke ziekten (allergische dermatitis), zweren en brandwonden.
- O Spataders.
- O Medische aandoeningen, zoals hart- long- of bloedsomloopziekte.
- O Jonger dan 18 jaar.
- O Onvermogen om de gevolgen, implicaties en risico's te begrijpen van het gebruik van het apparaat in combinatie met de noodzakelijke procedures.
- O Verhoogde lichaamstemperatuur (pyrexie).
- O Elk metalen passief medisch hulpmiddel of metalen voorwerp dat op of in het lichaam aanwezig is.
- O Elk actief implanteerbaar of actief op het lichaam gedragen medisch hulpmiddel (bijv. pacemaker)
- O Kneuzingen, verwondingen of ontstekingen in het te behandelen gebied.
- O Fibrose en degeneratieve spierziekten
- O Niet-geconsolideerde fracturen. Breuk of scheuring van spieren, vliezen, pezen en gewrichtsbanden.
- O Trombose en arteriële embolie wegens het risico van embolie aan de longen of andere weefsels, spataderen.
- O Acute of pathologische ontstekingen met typische symptomen: zoals pijn, verhitting, flushing (rood worden van de huid), ontsteking (zwellings).

I:

Ik verklaar hierbij dat geen enkele van de hierboven vermelde contra-indicaties op mij toepasselijk is.

Ik heb alle informatie in dit document gelezen en begrepen en werd duidelijk geïnformeerd en al mijn vragen werden beantwoord in een persoonlijk onderhoud dat plaats had op

Ik werd gevraagd of ik meer gedetailleerde informatie wenste, maar ik ben tevreden met de ontvangen informatie en verlang geen verdere uitleg. Ik neem persoonlijk alle hierboven aangegeven risico's die kunnen voorkomen ten gevolge van de toepassing van de hierboven genoemde behandeling.

Ik bevestig hierbij dat ik geen enkel detail van mijn medische en chirurgische geschiedenis heb verzwegen of gewijzigd, specifiek deze die wijzen op allergieën en ziektes, medicatie of persoonlijke risico's . Anderzijds zal de specialist niet verantwoordelijk zijn voor enig mogelijk neveneffecten of complicaties.

Ik geef hierbij de toelating aan en / of de geselecteerde assistenten om de ZIONIC behandeling uit te voeren. Ik geef mijn instemming voor het ontvangen van de behandeling. Ik begrijp dat ik dit akkoord te allen tijde kan intrekken en ten bewijze daarvan onderteken ik dit document.

In..... op van

Naam:

HANDTEKENING

VERANTWOORDELIJK INSTITUUT