

INTAKE SO UP FORMULIER

Datum:		Specialiste:	
Naam:		Voornaam:	
Adres:		Postcode:	
Woonplaats:		Telefoon:	
Email:		Mobiele telefoon:	
Geboortedatum			
Hoe heeft u ons gevonden?			

De So Up behandeling maakt gebruik van Radio Frequentie, Ultra Sound, en Photo Dynamics. Tevens kan er een lymfedrainage worden uitgevoerd en een bindweefselmassage. Deze behandeling is voor cosmetische doeleinden om het algehele voorkomen van de huid te verbeteren.

De cliënt wil de volgende indicaties laten behandelen:	
☐ Liften	☐ Cellulite
☐ Anti rimpel	☐ Plaatselijke vetophopingen
☐ Vale huid	☐ Verslapping op het lichaam
☐ Anti vermoeidheidstrekkjes	☐ Anders nl:

De cliënt is op de hoogte gesteld van de volgende overwegingen op: _____ (datum)

De So Up behandeling geeft een direct resultaat en op langer termijn.

De cliënt begrijpt dat bij de behandeling met een So Up geen 100% kans op succes is en dat er meer dan 1 behandeling nodig is om het beste resultaat te bereiken.

Cliënt is geïnformeerd over alternatieve behandelingen en is bewust dat het zijn/haar keuze is om deze behandeling wel/niet te ondergaan.

Cliënt is geïnformeerd dat betreffende behandeling risico's met zich meebrengen, waaronder:

- Irritatie na de behandeling zoals roodheid,
- vermoeidheid in het lichaam

Cliënt is geïnformeerd over de volgende punten over de periode na de behandeling.

- cliënt dient tot 24 uur na de behandeling hete en natte plaatsen te vermijden (zoals sauna's en zwembaden)
- cliënt dient de geadviseerde producten te gebruiken
- cliënt dient in geval van lichaamsbehandelingen voor vet en/of cellulite de gegeven levensstijl en voedingsadviezen op te volgen om het optimale resultaat te bereiken.

Cliënt dient akkoord te zijn met het opvolgen van het nabehandelingprotocol teneinde een succesvol resultaat van de behandeling te verkrijgen.

Clïënt is verplicht de volgende vragen na beste weten te beantwoorden:

Heeft u 1 van de volgende contra indicaties:

- ☐ Kanker
- ☐ Zwangerschap
- ☐ Huidaandoening die nog niet door een dokter is gediagnosticeerd
- ☐ Herpes virus
- ☐ Open wondjes
- ☐ Zeer gevoelige en/of allergische huid
- ☐ Metalen delen in het lichaam

Heeft u een gezondheidsprobleem gehad, die door een arts zijn behandeld en/of als potentieel gevaar kunnen worden gezien?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk _____

Hebt u andere medische klachten?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk _____

Clïënt is op de hoogte, dat als een van de vorige vragen met JA is, en/of er een contra-indicatie is ingevuld, hij/zij niet de So Up behandeling kan ondergaan, mits er schriftelijke goedkeuring is van een bevoegde arts om de behandeling te ondergaan.

Handtekening:

Handtekening ouder / voogd
(bij minderjarigheid)

Clïënt is op de hoogte dat als er een van de volgende indicaties zijn, resultaten van de behandeling een negatief effect kunnen hebben:

- ☐ Diabetes
- ☐ Bloed verdunnende medicijnen
- ☐ Roken
- ☐ Slechte voedinggewoontes
- ☐ Alcohol gebruik

Alle door de cliënt verstrekte informatie zijn vertrouwelijk en zullen niet zonder schriftelijke toestemming van de cliënt beschikbaar worden gesteld aan derde.

Met zijn/haar handtekening verklaart de cliënt dat:

- a. Alle punten en procedures aangaande de So Up behandeling zijn besproken
- b. De cliënt dit formulier volledig heeft gelezen en begrepen
- c. De cliënt de gelegenheid heeft gehad om vragen te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord.
- d. De cliënt de behandeling begrijpt en de effecten van de behandeling begrijpt.
- e. De cliënt ontvangt een exemplaar van dit formulier
- f. De risico's van de behandeling begrijpt en deze duidelijk zijn uitgelegd.

Datum:

Datum: