



## **Vragenlijst en toestemmingsformulier voor de laserbehandeling** **Indien van toepassing, neem vooraf telefonisch contact op met het afsprakenbureau**

### Aanvinken indien van toepassing:

- Heeft u op dit moment koorts
- Heeft u een besmettelijke ziekte
- Heeft een acute ziekte
- Heeft u een hart- of vaatandoening of ernstige hoge bloeddruk
- Heeft u huidkanker
- Heeft u epilepsie
- Heeft u vasculaire scheuren op behandelgebied
- Heeft u een huidontsteking of een huidziekte op het behandelgebied
- Heeft u een disfunctie van het immuunsysteem
- Heeft u last van duizeligheid vaak gevolg van Ménière of een TIA
- Heeft u diabetes
- Heeft u metalen pinnen of platen onder het te behandelen gebied
- Heeft u een zeer donkere huidskleur
- Gebruikt u één of meerdere geneesmiddelen die lichtgevoeligheid kunnen veroorzaken. Vraag hierover meer aan uw huisarts (Geneesmiddelen en lichttherapie en laser)
- Bent u zwanger
- Geeft u borstvoeding
- Draagt u een pacemaker
- Heeft u een verlamming, of verminderd gevoel aan de voeten

### **IK VERKLAAR HIERBIJ DAT IK VOLLEDIG UITLEG EN KENNIS HEB OPGENOMEN VAN:**

#### Aanvinken indien van toepassing:

- Ik geef alle veranderingen eerlijk aan die relevant zijn voor de behandeling
- Ik heb in bovenstaande vragenlijst niets aangevinkt
- Ik begrijp dat het geen pijn moet doen maar dat het wel voelbaar moet zijn
- Ik begrijp dat ongemakken als roodheid en korstjes op de huid niet altijd voorkomen kunnen worden
- Ik heb antwoord gekregen op alle vragen die naar aanleiding van de behandeling door mij gesteld zijn.
- Ik geef hierbij toestemming aan de behandelaar, om de behandeling met het Nail Fungus 280 systeem, bij mij toe te passen.
- Ik begrijp dat er voor goed resultaat ook zelfzorg nodig is en eventueel meerdere behandelingen nodig kunnen zijn

Het is van groot belang dat dit formulier begrepen is en naar waarheid is ingevuld. Bij het optreden van bijwerkingen dient u dit te allen tijde door te geven aan uw behandelaar. De specialist is niet aansprakelijk bij het optreden van één van bovenstaande aandoeningen. Bij minderjarige dient de ouder aanwezig te zijn en te tekenen.

Naam client:  
Datum,  
Handtekening client

Naam minderjarige:  
Datum,  
Handtekening

In behandeling door specialist:  
**Naam:** Podotherapie van der Pas  
**Adres:** Bachlaan 1 2264VB Leidschendam

**Telefoonnummer:** 070-3277634  
**Website:** [www.podotherapievanderpas.nl](http://www.podotherapievanderpas.nl)