

Toestemmingsverklaring Nd:YAG laser

De Nd:YAG laser kan worden toegepast om vaatafwijkingen te behandelen. Bij vaatafwijkingen zien wij een verwijding van vaten waardoor deze rood of soms blauw/paars zichtbaar kunnen zijn op de huid. Het laserlicht dringt door de huid en zoekt de oxyhemoglobine van het bloed op. Hierdoor worden de vaten verwarmd en gaan de vaten als het ware samensmelten. Vervolgens worden de overblijfselen door het lichaam opgeruimd.

Hierbij geef ik toestemming om behandeld te worden met de Nd:YAG laser met een golflengte van 1064nm, om vaatafwijkingen te verminderen. Ik ben op de hoogte gesteld van het feit dat de verbetering niet 100% zal zijn en dat er meerdere behandelingen noodzakelijk zijn. Tevens begrijp ik dat de behandeling met de Nd:YAG laser in de toekomst voortgezet zou kunnen worden middels één of meerdere nabehandelingen om een optimaal resultaat te bereiken/behouden.

De behandelaar heeft mij op de hoogte gesteld middels schriftelijke en mondelinge informatie over de mogelijk - en onmogelijkheden van de behandeling. Ik heb de vrijheid te kiezen tussen de behandeling, eventuele andere behandelmethodes of helemaal geen behandeling. De mogelijke risico's van deze behandeling zijn onder andere:

1. Roodheid en zwelling na behandeling die tot 10 dagen kan duren
2. De vaten kunnen een onmiddellijke grijsverkleuring vertonen of verdwenen zijn, of paars/blauw of rood opkleuren. De vaten zullen volledig of gedeeltelijk vervagen in 10-14 dagen na de behandeling
3. Korstvorming van het behandelde gebied dat tot 14 dagen kan duren om te genezen
4. Hoewel zeer ongebruikelijk, kan de behandeling met de Nd:YAG laser blaren of lichte verbranding van de epidermis (opperhuid) optreden

Ik volg de aanbevelingen met betrekking tot de nabehandeling op, zodat een zo goed mogelijk resultaat van de behandeling behaald wordt. Ik begrijp dat blootstelling aan zonlicht en overmatige hitte vermeden moet worden tijdens en ten minste 6 weken na de behandeling en dat een sunblock met factor 50 minimaal om de 2 uur op het behandelde lichaamsdeel gebruikt moet worden. Als dit advies niet gevolgd wordt is het mogelijk dat een geblokte depigmentatie van de huid, hyper- of hypopigmentatie ontstaat.

Ik ga akkoord met de algemene aanbevelingen (zie hiervoor folder of www.statenkliniek.nl) van Statenkliniek terwijl ik bij hen onder behandeling ben, realiserend dat een verminderde samenwerking tussen mijzelf en behandelaar kan resulteren in een vermindering van het uiteindelijke resultaat. Tevens ga ik akkoord met het maken van foto/foto's van het te behandelen lichaamsdeel. Statenkliniek houdt deze foto's in eigen beheer ten behoeve van het vaststellen van het resultaat van de behandeling en voor presentatie of publicatie doeleinden.

Hierbij verklaar ik dat ik de behandelingsovereenkomst heb gelezen (of dat het mij is voorgelezen) en dat ik dit formulier en de informatie die het bevat begrijp. Ik heb de gelegenheid gehad aanvullende vragen te stellen. Deze vragen zijn in voldoende mate beantwoord. Hiermee verklaar ik ook dat ik Statenkliniek naar volledigheid en waarheid geïnformeerd heb over mijn medische geschiedenis, de medicijnen die ik gebruik en andere aspecten die het resultaat van de behandeling kunnen beïnvloeden. Ik begrijp tevens dat het, in het kader van de resultaten, van belang is dat ik tijdig Statenkliniek informeer over wijzigingen in mijn medische conditie.

Ik heb begrepen dat (a) deze behandeling onafhankelijk is van de specialistische dermatologische behandeling, dat (b) een afspraak alleen vierentwintig uur (één werkdag) vóór de afspraak zonder kosten kan worden afgemeld (zie: <https://statenkliniek.nl/nl/costs/>) en dat (c) deze overeenkomst tevens voor alle toekomstige behandelingen van kracht is totdat ik de gehele overeenkomst of een deel ervan schriftelijk herroep.

Voor akkoord, Den Haag

Naam en handtekening patiënt

Naam en handtekening behandelaar, namens Statenkliniek

Statenkliniek
Polikliniek Dermatologie
Frankenslag 357
NL-2582 HP Den Haag

T: +31 70 322 09 20
F: +31 70 322 09 21
M: info@statenkliniek.nl
W: statenkliniek.nl

KvK 55107192
IBAN NL58 ABNA 0616 7619 88
BIC ABNANL2A