

CONSETEMENT MUTUEL ET DEVIS EN 2 EXEMPLAIRES

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

TOTAL DU DEVIS :

Adresse :

Date de naissance :

Adresse mail :

Herpes : OUI NON

J'atteste sur l'honneur avoir été largement renseigné sur la prestation de Hyaluron pen.

J'ai pu poser toutes les questions relatives aux actes demandés et avoir reçu des réponses satisfaisantes.

Je n'ai pas à ce jour et à ma connaissance de contre-indications médicales connues.

Je ne suis pas enceinte, je n'allait pas.

Je ne suis pas sous traitement.

Si je ne suis pas sujette à l'herpès ou bouton de fièvre, je m'engage à consulter mon médecin traitant pour la prescription d'un traitement antiviral, qui sera à recommencer en cas de retouche.

Je ne suis pas sous l'emprise d'alcool ou de drogue.

Ne pas consommer d'alcool, ni de comprimés de type aspirine 48h avant le soin.

Je m'engage à respecter scrupuleusement le protocole de soins qui m'a été remis et à respecter les obligations et conseils. J'accepte également le cliché photographique qui sera effectué avant et après la prestation.

En cas de doute sur l'évolution de la cicatrisation, je consulterai sans tarder mon médecin traitant.

J'ai également été informé des retouches d'entretien à effectuer pour le hyaluron pen, une seule retouche un mois après et ensuite annuellement.

Tout le matériel ainsi que le poste de travail sont conformes à la législation en vigueur, les consommables sont stériles et à usage unique. Les produits de soins sont aux normes.

L'information écrite sur les risques éventuels a été remise

Seulement après la mention « accord pour.hyaluron pen », la prestation pourra être réalisée.

En cas de retouche après prestation virgule le module stérile me sera facturé _____ euros par séance et par zone.

Date :

Bon pour accord Hyaluron Pen

Signature professionnelle