

REMODELAGE CORPOREL

INFORMATIONS CLIENT



Nom et prénom

Date de naissance

Adresse

Email

Tél.

Avez-vous une assurance complémentaire ? ☐ Non ☐ Si oui, laquelle ?

Quelle(s) zone(s) de votre corps souhaitez-vous traiter ?

☐

Ventre

☐

Bras

☐

Cuisses avant &
culotte de cheval

☐

Cuisses arrière &
culotte de cheval

☐

Dos

☐

Visage + cou

Avez-vous déjà bénéficié de traitements de remodelage corporel ? ☐ Non

☐

Si oui, veuillez préciser

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Souffrez vous de problèmes de santé ?

☐

Non

☐

Si oui, veuillez préciser

Avez vous des allergies ?

☐

Non

☐

Si oui, veuillez préciser

Avez vous subi des blessures ou des interventions chirurgicales récemment ?

☐

Non

☐

Si oui, veuillez préciser

Prenez-vous des médicaments ?

☐

Non

☐

Si oui, veuillez préciser

Avez vous été enceinte ou avez-vous accouché au cours des six derniers mois ?

☐

Non

☐

Si oui, veuillez préciser

J'atteste avoir pris connaissance des contre-indications aux traitements énoncées ci-dessous et confirme ne pas en être affecté(e).

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Grossesse en cours | ☐ Hémophilie | ☐ Pacemaker |
| ☐ Allaitement en cours | ☐ Hyperthyroïdie | ☐ Problèmes cardiaques |
| ☐ Diabète non équilibré | ☐ Implant métallique | ☐ Stérilet |
| ☐ IMC > 35 | ☐ Maladie infectieuse | ☐ Thrombose |
| ☐ Hypertension non contrôlée | ☐ Maladie auto-immune | ☐ Tumeur maligne |

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je comprends que je consens aux traitements de remodelage corporel chez Mme Jenny Cotture du cabinet MOON 103. Je reconnais avoir été informé(e) de la nature du traitement, des risques et avantages potentiels et des options de traitement alternatives.

Nature des traitements

Je comprends que les traitements proposés comprennent la cavitation ultrasonique, la radio-fréquence et la vacuum thérapie. Ces traitements sont conçus pour réduire la graisse, raffermir la peau et remodeler la silhouette. Aucune garantie ne peut être donnée quant au résultat des traitements.

Risques potentiels

Je comprends qu'il y a des risques potentiels associés à ces traitements, tels que :

- Rougeur, gonflement, ecchymose ou sensibilité dans la ou les zones traitées
- Engourdissement ou picotement dans la ou les zones traitées
- Inconfort ou douleur pendant le traitement
- Brûlure, ampoule ou autres lésions cutanées résultant de l'utilisation d'équipements ou de produits
- Modifications de la texture ou de la couleur de la peau dans la ou les zones traitées
- Résultats insatisfaisants.

Je reconnais que d'autres risques imprévus, en plus de ceux mentionnés, peuvent survenir et j'accepte de consulter un médecin à mes frais si cela s'avère nécessaire.

Aussi, je donne mon consentement à Mme Jenny Cotture du cabinet MOON 103 pour effectuer le traitement de remodelage corporel spécifié pour moi. Je reconnais avoir lu et compris les risques potentiels associés aux traitements et avoir eu la possibilité de poser des questions et de recevoir des éclaircissements sur les risques. Je reconnais qu'il existe des risques associés aux traitements de remodelage corporel et qu'aucune garantie n'a été donnée quant aux résultats de ces traitements. Dans tous les cas énoncés ci-dessus, je renonce expressément et irrévocablement à toute demande d'indemnisation, de quelque nature que ce soit.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir fourni des informations complètes et exactes. Je dégage Mme Jenny Cotture du cabinet MOON 103 de toute responsabilité liée aux traitements que je reçois et suis libre de retirer mon consentement à tout moment.

J'autorise Mme Jenny Cotture du cabinet MOON 103 à prendre, éditer, modifier, utiliser et publier des photographies et/ou des vidéos me concernant à des fins promotionnelles.

- ☐ Oui
☐ Non

Signature du client _____ Date du jour _____