

Traitement avec l'HIFEM BodySculpt



Informations client

Prénom et nom _____ Né(e) le _____

Adresse _____

Email _____ Tél. _____

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

Abdomen Fesses Biceps Triceps Cuisses Mollets Périnée

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

Si oui, veuillez préciser _____

Etat de santé et contre-indications

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 _____

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

Je ne présente aucune contre-indication

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grossesse / allaitement en cours | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Implant métallique (vis, prothèse) | <input type="checkbox"/> Hernie abdominale | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Hernie inguinale | <input type="checkbox"/> Troubles neuro-musculaires |
| <input type="checkbox"/> Stérilet en cuivre | <input type="checkbox"/> Hernie ombilicale | <input type="checkbox"/> IMC > 30 |

Consentement éclairé



Je comprends que je consens aux traitements de remodelage corporel chez Mme Jenny Cotture - 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 le traitement proposé consiste en une technologie d'électrostimulation par Champs Magnétiques Focalisés à Haute Intensité (HIFEM) associée à de la radiofréquence. Le traitement a pour but le remodelage corporel et vise à renforcer la masse musculaire et à diminuer le nombre de cellules graisseuses dans la zone traitée.

Risques potentiels

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

- Rougeur, gonflement, ecchymose, sensibilité, picotement dans la ou les zones traitées,
- Inconfort ou douleur pendant le traitement,
- Fatigue musculaire ou courbatures,
- 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.

Recommandations

Je comprends qu'il est conseillé de consommer de l'eau plate massivement durant la cure pour favoriser l'élimination, d'adopter une alimentation faible en sucre, restreinte en acides gras et riche en protéines, d'éviter la consommation d'alcool et de pratiquer une activité physique régulière. Tout bijou ou accessoire métallique sur la zone traitée (piercings, ceintures, fermetures éclair) sera retiré. Plusieurs séances sont requises pour des résultats.

Cycle de traitement

La durée, la fréquence et le nombre de séances sont déterminés et identifiés lors du premier rendez-vous, ainsi que selon l'évolution observée au fil des séances. Le nombre de séances prévues initialement a été fixé à l'avance :

1 séance 6 séances _____ séances Tarif : CHF _____

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 - MOON 103 de toute responsabilité liée aux traitements que je reçois et suis libre de retirer mon consentement à tout moment. Ce document constitue l'accord officiel pour toute la durée de mon protocole de soins. Par ma signature, je donne mon consentement à Mme Jenny Cotture - MOON 103 pour effectuer le traitement de remodelage corporel spécifié pour moi.

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

Signature du client _____ Date du jour _____