

RELIFE CLINIC THERAPY

Quai des Péniches, 69 - 1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : Mésothérapie / Skinboosters

Nom, Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Numéro de Téléphone : _____

Adresse Mail : _____

Questionnaire Médical :

Êtes-vous enceinte / allaitez-vous ? OUI / NON

Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON

Avez-vous des problèmes de santé particuliers ou une maladie auto-immune ? OUI / NON

Présentez-vous une infection ou irritation de la zone à traiter ? OUI / NON

Prenez-vous des médicaments ? OUI / NON

Informations sur le traitement :

La mésothérapie consiste à injecter des vitamines, minéraux, antioxydants et/ou de l'acide hyaluronique non volumateur afin d'améliorer l'hydratation, l'éclat et la qualité de la peau.

Effets secondaires et risques :

- Rougeurs, gonflements, papules et hématomes temporaires.
- Sensibilité ou inconfort après les injections.
- Risque rare d'infection ou de réaction allergique.
- Résultats variables selon les patients.

Recommandations Post-Traitement :

- Ne pas se maquiller pendant 24h.
- Éviter sauna, hammam, UV et soleil pendant une semaine.
- Éviter sport intensif pendant 24 à 48h.

Informations relatives à la vie privée :

- ☐ J'autorise le partage de mes résultats
- ☐ J'autorise le partage partiel (flouté)
- ☐ Je n'autorise pas le partage

Consentement :

Je soussigné(e) certifie avoir reçu toutes les informations relatives à la mésothérapie / skinboosters, ses bénéfices, ses risques et ses alternatives. J'accepte le traitement en toute connaissance de cause.

Date : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :