



**TOESTEMMINGSVERKLARING  
COSMETISCHE BEHANDELINGEN**

- Ik verzoek de arts een behandeling te verrichten met als doel het verwijderen van **atheroomcysten**.
- met mij zijn de aard, het doel en de te verwachte resultaten van de bovenvermelde behandeling besproken.
- tot de bijwerkingen van de behandeling kunnen horen: een stijf of pijnlijk gevoel in het behandelde gebied; het ontstaan van blauwe plekken; het ontstaan van lokale infecties van het wondgebied, het ontstaan van littekenvorming.
- de alternatieven voor deze behandeling, voor zover aanwezig, zijn met mij besproken. De keuze voor deze behandeling heb ik zelf gemaakt.
- In de behandelingskosten zijn **niet** opgenomen de kosten van aanvullend onderzoek, nodig om tot een beoordeling te komen of de gewenste behandeling medisch verantwoord is en de kosten van behandeling van bijwerkingen en complicaties.
- de behandelend arts heeft een inspanningsverplichting om het best mogelijk resultaat te bereiken maar kan het uiteindelijke resultaat niet garanderen.
- ik heb geen informatie achtergehouden die voor de behandelend arts noodzakelijk is om de (medische) risico's van deze behandeling te kunnen inschatten (ziekten, eerdere cosmetische behandelingen, medicijngebruik etc.).
- Ik heb de informatie over de behandeling goed doorgelezen en heb vragen hierover kunnen stellen. Ik begrijp de betekenis en de inhoud ervan en op basis van deze informatie geef ik mijn toestemming en besluit ik een behandeling te ondergaan.

Datum:

.....

Naam en handtekening:

.....