

# EMSCULPT<sup>neo</sup>®

## KLANTDOSSIER

<b>Klantnaam:</b>	<b>Geboortedatum:</b>
<b>Telefoon:</b>	<b>Email:</b>

U bent ingepland voor een reeks niet-invasieve behandelingen met de EMSCULPT NEO. EMSCULPT NEO is bedoeld voor de behandeling van obesitas door vetreductie en door middel van neuromusculaire stimulatie, alsook door radiofrequentie geïnduceerde lipolyse en verhoging van de bloedstroom. **Initialen:** \_\_\_\_

Uw behandelaar zal uw specifieke behandelingsbehoeften bespreken. Het aantal aanbevolen behandelingen is 4. De behandeling duurt doorgaans ongeveer 30 minuten per sessie, met sessies gescheiden door 5 tot 10 dagen voor het HIFEM+RF Advance/Gentle-protocol, en 2-3 dagen voor het HIFEM Classic-protocol. Het voltooien van een volledige behandelingsreeks is noodzakelijk om de effectiviteit van de behandeling te maximaliseren. Afhankelijk van uw doelen heeft u mogelijk aanvullende behandelingen nodig. **Initialen:** \_\_\_\_

Voor de behandeling hoeft u niets bijzonders te doen; het wordt echter sterk aanbevolen om uw lichaam goed gehydrateerd te houden. Op de dag van de behandeling wordt u aangeraden comfortabele kleding te dragen, zodat u tijdens de behandeling de juiste houding kunt aannemen. Om overmatig zweten te voorkomen, moet het behandelde gebied worden geschoren, of de haren in het te behandelen gebied moeten vóór de behandeling worden getrimd. Ook zal het behandelde gebied vóór de behandeling worden schoongemaakt met alcohol om vocht, parfum, vocht inbrengende crèmes of oliën te verwijderen. U wordt gevraagd alle metalen accessoires en elektronische apparaten te verwijderen. **Initialen:** \_\_

Ik erken dat een succesvol behandelresultaat kan worden beïnvloed door roken, overmatig alcoholgebruik, eetstoornissen of doorlopende medicatie. Hoewel er geen speciaal dieet vereist is, wordt er aanbevolen om gezond te eten om de resultaten te bevorderen en te behouden. **Initialen:** \_\_

# EMSCULPT<sup>neo</sup>®

De behandeling vereist geen verdoving. Tijdens de behandeling voelt u intense spiersamentrekkingen en een warm gevoel in het behandelde gebied. Het is belangrijk om te weten dat u tijdens de behandeling een intens warmte kunt voelen, maar het mag nooit pijnlijk zijn. Vraag uw behandelaar om de intensiteit opnieuw aan te passen als u pijn of ongemak voelt. De procedure vereist geen hersteltijd. Normaal gesproken kunt u direct na de behandeling uw dagelijkse routine hervatten. **Initialen:** \_\_\_\_

Ik verklaar GEEN metalen accessoires (zoals sieraden, horloges of kleding met metalen draden of metalen accessoires) te dragen tijdens de behandeling. Ik verklaar ook dat ik geen metalen of elektronische implantaten heb (zoals pacemakers, defibrillatoren, metalen spiraaltjes, enz.). **Initialen:** \_\_\_\_

## **Geef aan of u momenteel een van de volgende aandoeningen heeft of gehad heeft \*:**

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ■ Metalen of elektronische implantaten   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Pacemakers, geïmplanteerde defibrillatoren, geïmplanteerde neurostimulatoren | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Medicijnpompen   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Longinsufficiëntie   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Gewond of anderszids verwonde spieren  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Kwaadaardige tumor   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Cardiovasculaire ziekte  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Verstoring van temperatuur of pijnperceptie                                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Hemorragische aandoeningen   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Septische aandoeningen en empyeem  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Acute ontstekingen   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Systemische of lokale infectie zoals osteomyelitis en tuberculose            | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Besmettelijke huidziekte   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Verhoogde lichaamstemperatuur  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Zwangerschap, kraamtijd, borstvoeding en menstruatie                         | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Ziekte van Graves  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Metaalspiraaltje   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Recente chirurgische ingrepen (spiercontractie kan de genezing verstoren)    | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ■ Gebieden van de huid die geen normaal gevoel hebben                          | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

# EMSCULPT<sup>neo</sup>®

Als u een van deze vragen met JA beantwoordt, specificeer dan:

---

---

---

---

Antwoord alstublieft op de volgende vragen:

- Bent u zwanger geweest?
  - Keizersnede
  - Vaginale bevalling
- Bent u tevreden met uw buikspieren?  JA  NEE
- Bent u tevreden met de vorm van uw billen?  JA  NEE
- Bent u tevreden met de spiertonus van uw armen?  JA  NEE
- Bent u tevreden met het uiterlijk uw kuiten?  JA  NEE
- Bent u tevreden met uw dijen?  JA  NEE

\*Raadpleeg uw behandelaar voor het volledige scala aan contra-indicaties en eventuele waarschuwingen.

**Behandelingsoverwegingen:**

- Ik ben me ervan bewust dat de behandeling niet op het hoofd, het hart en/of de nek toegepast kan worden. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik ben me ervan bewust dat zwangerschap gecontra-indiceerd is en dat zwangere vrouwen de behandeling niet kunnen ondergaan. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik ben me ervan bewust dat, zoals bij elke therapie op basis van warmte, in zeldzame gevallen brandwonden kunnen optreden. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik ben me ervan bewust dat de applicatoren altijd in direct contact met de huid moeten zijn. Ik ben me ervan bewust dat therapie niet via kleding mag worden uitgevoerd. **Initialen:** \_\_\_\_

# EMSCULPT<sup>neo</sup>®

- Ik begrijp dat er bepaalde bijwerkingen zijn bij behandelingen met EMSculpt Neo. De bijwerkingen kunnen omvatten, maar zijn niet beperkt tot spierpijn, intramusculaire vetafname, tijdelijke spierspasmen, tijdelijke gewrichts- of peespijn, lokaal erytheem of roodheid van de huid, verhoogde menstruatie bij vrouwelijke patiënten en panniculitis\*. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik begrijp dat de behandeling van geblesseerde of anderszins aangetaste spieren gecontra-indiceerd is\* **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik begrijp dat de behandeling risico's op complicaties of letsel kan inhouden door zowel bekende als onbekende oorzaken, en ik aanvaard deze risico's vrijelijk. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik ga akkoord met foto's, metingen en wegingen voor en na de behandeling, omdat dit helpt bij de medische evaluatie van de resultaten van de behandeling. Er wordt informatie verkregen voor medische dossiers of marketingdoeleinden. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik begrijp dat de resultaten van persoon tot persoon kunnen verschillen en dat een exact resultaat niet kan worden voorspeld. Het voltooien van een volledige behandelingsreeks is noodzakelijk om de effectiviteit van de behandeling te maximaliseren. Het is zeer onwaarschijnlijk, maar het is mogelijk dat u na de ingreep geen herkenbaar resultaat voelt. Ik erken dat de resultaten mogelijk kunnen verschillen ten aanzien van mijn verwachtingen. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik verklaar dat ik dit hele document heb gelezen en dat ik akkoord ga met alle bepalingen. Ik verklaar dat ik de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen en dat deze vragen naar volledige tevredenheid zijn beantwoord. **Initialen:** \_\_\_\_
- Ik begrijp de behandelingsvoorwaarden, de procedure en mogelijke bijwerkingen volledig. **Initialen:** \_\_\_\_

Mijn handtekening hieronder geeft aan dat de bovenstaande informatie juist en actueel is

**Handtekening Klant:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Praktijk Naam:** \_\_\_\_\_

## BEHANDELDOSSIER

Klantnaam: \_\_\_\_\_

Behandelgebieden: \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_

SESSIE #	DATUM	INSTELLING	BEHANDEL TIJD	HIFEM INTENSITEIT	RF INTENSITEIT	OMTREK-MEETING	GEWICHT (ELK BEZOEK)	FOTO'S (ELK BEZOEK)	HYDRAT ATIE	INITIALEN BEHANDEL AAR
1								JA / NEE	JA / NEE	
2								JA / NEE	JA / NEE	
3								JA / NEE	JA / NEE	
4								JA / NEE	JA / NEE	
5								JA / NEE	JA / NEE	

OPMERKINGEN: