

-Consentement éclairé du client – ADLIFT

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Téléphone : / / / Adresse :

Code postal : Ville :

Certaines maladies peuvent favoriser la survenue d'effets indésirables ou causer des déséquilibres suite à une ou plusieurs séances d'Adlift– Listes non exhaustives.

CONTRE INDICATIONS STRICTES :

La séance ne sera pas pratiquée dans le cas où vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes :

	OUI	NON
Pacemaker – Stimulateur cardiaque		
Cancer (rémission de - de 5 ans)		

CONTRE INDICATIONS SOUS AVIS MEDICAL :

Un avis médical écrit et daté vous sera demandé si vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes :

	OUI	NON
Problèmes cardiaques		
Insuffisance veineuse, tension artérielle élevée		
Epilepsie		

CONTRE INDICATIONS LOCALES ou TEMPORAIRES :

Contre-indications ponctuelle, locale, au niveau de la zone traitée, si vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes :

	OUI	NON
Forte fièvre		
Implants, prothèses, pièces métalliques dans le corps sur la zone traitée		
Problèmes de thyroïde pour les soins du cou		
Injections (botox...) ou acte de chirurgie inférieur à 3 mois		
Grossesse		
Allaitement		
Plaies, lésions cutanées ou douleurs sur la zone de traitement		
Couperose ou hyper vascularisation ne pas utiliser la RF		
Inflammation, maladie cutanée (Herpès, bouton de fièvre, eczéma ...)		
Coup de soleil, brûlure		
Acné sévère ou kystique sur la zone de traitement		
Intervention chirurgicale (moins de 6 mois)		
Cicatrices sur la zone (moins de 3 ans)		
Médicaments anti-inflammatoires		

Je soussignée Mme, M déclare sur l'honneur :

- avoir répondu avec exactitude et sincérité au questionnaire ci-dessus.
- N'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur ma conseillère.

Je m'engage à informer ma conseillère de toute affection ci-dessus ou de tout changement de mon état physique ou de santé qui surviendrait pendant la durée des soins qu'elle réalisera sur ma personne. En aucun cas nous ne serions être tenus pour responsables s'il s'avérait qu'une de ces recommandations n'était pas suivie ou en cas d'omission pour l'une de ces déclarations.

- En cochant cette case, je reconnais que les données personnelles collectées sur cette fiche (nom, prénom et questionnaire) sont strictement nécessaires à mon point de vente avant réalisation d'une séance, pour le suivi des séances et pour satisfaire mes demandes.

Elles seront supprimées 3 ans après la dernière séance.

Conformément à la Loi 78-17 modifiée et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de demande d'effacement et de portabilité de données vous concernant que vous pourrez exercer en vous adressant à tout moment par mail à l'adresse mail de votre centre ou par courrier à l'adresse postale de votre centre.

Fait à le

Signature :