

DR Jocelyne FASSOTTE
Médecine Esthétique

Formation:
Collège International
de Médecine Esthétique
PARIS V



Membre de la SBME
(Société belge de médecine esthétique)
Membre de l'A.F.M.E
(Association Française des Médecins Esthétiques)

CONSENTEMENT éclairé

Mme/Mr

Né(e) le :.....

Consulte le DR Jocelyne FASSOTTE

en vue de la réalisation du traitement esthétique suivant :

.....
.....

Date de l'intervention :

Avec/sans anesthésie

Incapacité de travail du..... au

Le DR Jocelyne FASSOTTE m'a informé(e) concernant:

- la méthode d'intervention
- les produits utilisés
- les complications possibles tels que :
réaction allergique, réaction inflammatoire, hématome,
pigmentation, infection.
- les conseils à respecter en post traitement
- La prise de photographies avant-après est destinée au dossier
médical, celles-ci ne peuvent être utilisées sans mon
approbation.

Je marque mon accord concernant l'intervention du

Date :

Signature

Consultation sur rendez-vous : TEL. : 04/365.45.39
Gsm : 0495.28.09.76

31, Rue Edouard SARLET 4051 VAUX-CHEVREMONT