



CABINET DE DERMATOLOGIE

Dr Konstantine Buxtorf Friedli FMH

Consentement concernant le traitement

Questionnaire :

OUI NON

Avez-vous compris ce que vous venez de lire ?

Vous êtes-vous exposé au soleil durant le dernier mois ?

Prenez-vous des médicaments ?

Lesquels ? :

Je, soussigné (e),certifie consentir au traitement

par laser, après avoir lu, compris et accepté les informations reçues.

Signature du patient

Date :