



## VERKLARING VAN GEEN BEZWAAR

Door ondertekening verklaart de behandelend arts van ondergenoemde patiënt geen bezwaar te hebben tegen de aanschaf van een Medisun UVA- of UVB-lichttherapielamp voor persoonlijke behandeling van huidziekten.

Zowel de arts als de patiënt zijn zich ervan bewust dat persoonlijk gebruik van een UV-lamp onderdeel is van een medische behandeling onder begeleiding van de arts. De behandeling vande patiënt, evenals daaruit voortvloeiende behandeladviezen, behandelafspraken en controleafspraken blijven te allen tijde de verantwoordelijkheid van de arts.

De patiënt vrijwaart FluxPlus BV voor alle eventuele schade aan personen of goederen als gevolg van een onjuist of ondeskundig gebruik van de Medisun apparatuur.

Naam ziekenhuis / kliniek \_\_\_\_\_

Naam behandelend arts \_\_\_\_\_

Specialisme behandelend arts \_\_\_\_\_

Afdeling \_\_\_\_\_

Postadres \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Plaats en datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Stempel ziekenhuis/polikliniek

Naam patiënt \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Plaats en datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Graag ontvangen wij dit formulier rechtsgeldig ondertekend per e-mail of post van u retour.

FluxPlus BV

Saal van Zwanenbergweg 11

5026 RM Tilburg

013-6316313 | [info@fluxplus.com](mailto:info@fluxplus.com)