

ACCORD POUR LE TRAITEMENT DES VARICES PAR SCLÉROTHÉRAPIE

Au cours de la consultation du..... avec le Docteur.....
j'ai été informé(e) de façon claire des avantages et des risques de ce traitement.

J'ai pu poser sans difficulté, toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses
qui m'ont été fournies.

Ayant reçu cette information complète, je donne en toute conscience, mon consentement éclairé pour la
réalisation de cet acte.

Fait à....., le.....

Signature du patient

Signature du médecin