

Je soussigné(e), _____, déclare :

1. Avoir été contrôlé(e) par mon ophtalmologiste ou mon orthoptiste, qui a diagnostiqué une Amblyopie (« œil paresseux »).
2. Savoir que l'Amblyopie est un défaut responsable, entre autre, d'une acuité visuelle faible.
3. Avoir reçu une explication détaillée sur la nature du Traitement RevitalVision® et avoir été clairement informé(e) que ce traitement permet d'améliorer l'acuité visuelle.
4. Etre informé(e) que le traitement comprend 40 sessions d'exercices, d'environ 30 minutes chacune (environ 3 sessions par semaine) et que le traitement est réalisable via un ordinateur, utilisant un logiciel spécifique conçu pour cela, et que des tests toutes les 10 séances permettront de contrôler les résultats.
5. Avoir compris que le Traitement n'est pas défini pour corriger l'anatomie de l'œil et/ou autres pathologies de l'œil, et que le Traitement avec cette méthode ne prévient pas la détérioration de la vision qui peut être due à différents facteurs physiologiques sans rapport avec le traitement.
6. Avoir bien compris que même si j'améliore ma vue, lunettes / lentilles de contact seront peut-être nécessaires, et, dans tous les cas, il n'y a aucun traitement qui aspirent à me libérer de l'usage de mes lunettes.
7. Avoir été informé(e) que, bien que rare, un tel traitement peut causer des effets secondaires différents tels que mal de tête, vertige, et sécheresse de l'œil.
8. Avoir été mis(e) au courant que le Traitement n'est pas recommandé pour les patients épileptiques ou pour ceux souffrant de migraines chroniques, ou de trouble de l'attention non traité, ou ceux ayant une vue non stable. J'affirme ne souffrir d'aucune de ces conditions. Je sais que si les informations sont incorrectes en totalité ou en partie, V.O.I.S., le centre d'ophtalmologie, l'orthoptiste ou l'ophtalmologiste sera exempt de n'importe quelle responsabilité quelle qu'elle soit, y compris des résultats de traitement, et/ou de dommages encourus en conséquence.
9. Avoir parfaitement compris que, en accord avec RevitalVision LLC, environ 85% des patients utilisant le programme RevitalVision® peuvent améliorer leur vue de 2 lignes en moyenne sur une échelle d'acuité visuelle ETDRS / SNELEN / LogMar.
10. Avoir été clairement mis(e) au courant que si, alors que le protocole de traitement a été consciencieusement suivi, aucune amélioration d'au moins 1 ligne (selon l'échelle d'acuité visuelle ETDRS / SNELEN / LogMar) n'est obtenue au bout de la moitié du traitement (20 sessions), et que je décide d'arrêter le Traitement à ce moment-là, je serai remboursé (e) du montant engagé pour le traitement.
11. Avoir été informé(e) que si je continue le Traitement au-delà des 20 premières sessions, il n'y aura aucun remboursement possible par la suite.
12. Avoir été avisé(e) que le coût du Traitement est de 980 € TTC. Un reçu est délivré lors du règlement de la facture. J'ai été informé(e) qu'à ce jour, aucune prise en charge par la Sécurité Sociale ou les Mutuelles n'est possible : le montant défini est donc à mon entière charge.
13. Avoir été prévenu(e) que le Traitement dépend, entre autre chose, de la réalisation de toutes les sessions et des examens dans l'ordre exigé, et que je ne ferai pas une pause de plus de 1 semaine durant le traitement.
14. Avoir été notifié(e) que je devrai continuer à faire les exercices indépendamment à la maison sur un ordinateur PC fixe ou ordinateur PC portable d'un écran de 15P ou plus et d'une souris sans fil associés, grâce à une connexion Internet (ceci n'étant pas inclus dans le prix du logiciel, et leur coût étant à ma charge), avoir un mot de passe ou d'autres moyens qui me permettraient l'accès aussi bien à un programme de Traitement qu'à un support technique et avoir été informé(e) de comment utiliser le logiciel à la maison.
15. Avoir été averti(e) que mes données communiquées seront stockées sur l'espace du serveur auquel l'équipe RevitalVision peut avoir accès.

NOM _____

Date _____

Signature _____