

Formulaire d'information RevitalVision® Traitement Post-Chirurgie

Je soussigné(e), _____, déclare :

1. Avoir été contrôlé(e) par _____, qui a établi que, suite à mon opération, mon acuité visuelle non corrigée (sans corrections) est de _____.
2. Avoir reçu une information détaillée, par un professionnel de la vue agréé par V.O.I.S. sur le traitement RevitalVision® (le "Traitement") et j'ai clairement compris que le traitement est conçu pour améliorer la qualité de ma vision.
3. Avoir été mis(e) au courant que le Traitement comprend habituellement 30 sessions ou équivalent, de 30 minutes chacune, et le Traitement est appliqué via un ordinateur, un logiciel désigné et plusieurs visites de contrôle durant le Traitement.
4. Avoir été informé(e) que le but du traitement est d'améliorer l'acuité visuelle à distance et la sensibilité au contraste, et que le traitement peut grandement réduire la dépendance aux lunettes dans la plupart des activités quotidiennes.
5. Avoir compris que ce traitement n'est pas destiné à changer la puissance de mes lunettes mais à augmenter la qualité de ma vision et ainsi réduire ou éliminer ma dépendance par rapport aux lunettes.
6. Avoir été avisé(e) que le Traitement n'est pas destiné à modifier l'anatomie de l'œil et/ou à traiter des pathologies oculaires et que ce Traitement ne prévient pas une éventuelle future détérioration de la vision, un changement dans la puissance des lunettes qui peuvent être induits par différents facteurs physiologiques indépendants du traitement ou de la vision.
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'optométriste 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 avisé(e) que le coût du Traitement est de 980 € TTC. Je fais alors gage par la présente, de mon engagement moral sur le respect du protocole. 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 : ce coût est donc à mon entière charge. Cependant, certaines Mutuelles proposent un remboursement des dispositifs médicaux de classe 1, je contacterai moi-même ma mutuelle à cette fin.
11. Avoir été prévenu(e) que le Traitement dépend, entre autres choses, 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.
12. Avoir été notifié(e) que je devrai continuer à faire les exercices indépendamment à la maison sur un ordinateur fixe ou portable, pourvu d'un écran de 15P ou plus et d'une souris sans fil, 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 à mon Traitement personnalisé et avoir été informé(e) de comment utiliser le logiciel à la maison.
13. Avoir été averti(e) que mes données communiquées seront stockées sur l'espace du serveur auquel l'équipe RevitalVision peut avoir accès. Les conditions de stockages selon le RGPD sont décrites sur notre site www.revitalvision.fr.

NOM _____

Date _____

Signature _____