



**Formulaire d'information RevitalVision®  
Traitement de Presbytie débutante**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare :

1. Avoir été contrôlé(e) par \_\_\_\_\_ . Le diagnostic de presbytie débutante a été posé; mon acuité visuelle de près sans correction est de \_\_\_\_\_.
2. Avoir reçu une explication détaillée de la nature du Programme RevitalVision® (« Le Traitement ») et avoir été clairement informé(e) que ce Traitement permet d'améliorer l'acuité visuelle.
3. Etre informé(e) 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. Etre informé(e) que le but du Traitement est d'améliorer ma vision de près ainsi que ma sensibilité aux contrastes ; que le Traitement réduira ma dépendance aux lunettes dans la plupart de mes activités quotidiennes.
5. Etre informé(e) que le Traitement ne changera pas ma prescription de verres actuels mais améliorera la qualité de ma vision et réduira ou éliminera le besoin de lunettes.
6. 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.
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 499 € 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 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 (une) 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 15" 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](http://www.revitalvision.fr).

NOM \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_