



**Medicart Ottawa**

600-1335 Carling Avenue  
Ottawa (Ontario) K1Z 8N8

613 722-0101

[medicart.com](http://medicart.com)

## VARICOSE VEIN/CONSENT FORM

- (1) I hereby consent to undergo the investigation and treatment of my varicose and spider vein condition, to be performed by physicians associated with "Medicart vein clinic". I agree that the registered nurses of this clinic may assist the physician and perform all or part of the treatment.
- (2) I have read the **Attention Varicose and spider veins** brochure and I understand its content.
- (3) The nature and anticipated effects of what is proposed, the significant risks and alternatives available have been explained to me. I have understood these explanations.
- (4) I have had the opportunity to ask questions about ultrasound injections. I am satisfied with the answers obtained.
- (5) I have read the fee schedule; I understand its content and agree to pay the charges as explained in the fee

---

day/month/year

---

Patient

---

Registered Nurse

---

Doctor Nurse Practitioner

## VARICES ET VARICOSITÉS - FORMULE D'AUTORISATION

- (1) Je soussigné, consens à l'évaluation et au traitement de ma condition variqueuse, pratiqués par les médecins associés à "Medicart vein clinic". Je consens à ce que les infirmières licenciées de cette clinique, assistent le médecin et exécutent le traitement en tout ou en partie.
- (2) J'ai lu la brochure **Varice et varicosité** et je comprends son contenu.
- (3) La nature de ce traitement et les résultats qu'on espère, les risques significatifs qu'il comporte et les alternatives disponibles m'ont été expliqués. J'ai compris ces explications.
- (4) J'ai pu poser des questions sur ma condition et je suis satisfait des réponses obtenues.
- (5) J'ai lu la liste des tarifs, je comprends son contenu et j'accepte de payer les frais tel qu'expliqués dans cette liste de tarifs.

---

Jour/Mois/Année

---

Patient

---

Infirmière Licenciée

---

Médecin Infirmière Praticienne