

Patiëntenklever

Informatie- en toestemmingsformulier

Ondergetekende, Dhr/Mevr.
patiënt/wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt [*schrappen wat niet past*] verklaart dat tijdens de
consultatie van / / [datum]
met arts.....
(hierna genoemd: 'de arts') werd besloten tot uitvoering van de volgende **behandeling(en)**:

naar aanleiding van de volgende **diagnose**:

De arts heeft mij tijdens deze consultatie geïnformeerd over mijn huidige **gezondheidstoestand** voor zover dit relevant is voor de beslissing over voormelde behandeling(en). Hij (zij) heeft mij in eenvoudige en verstaanbare termen de mogelijke **evolutie** van mijn gezondheidstoestand omschreven indien niet tot de geplande behandeling(en) wordt overgegaan. Hij (zij) heeft mij eveneens ingelicht over de procedures die nodig zijn om mijn ziekte te behandelen en de mogelijke **alternatieven**.

De arts heeft mij duidelijk de **aard**, de **draagwijdte**, het **doel** en de eventuele **slaagkansen** van de behandeling(en) beschreven, de **ongemakken** die hieruit voortvloeien, alsook de **risico's en nevenwerkingen** en de mogelijke complicaties van deze behandeling(en), zowel op korte als op lange termijn. Ik heb een **informatiebrochure** ontvangen waarin deze nevenwerkingen opgenomen zijn. Ik begrijp dat de medische praktijk geen exacte wetenschap is, zodat een opsomming van mogelijke complicaties nooit volledig kan zijn en er door de arts geen verbintenis kan aangegaan worden over het uiteindelijke resultaat van de behandeling.

De arts heeft mij meegedeeld dat het medisch team tijdens de uitvoering van de behandeling, in geval van **onvoorziene omstandigheden**, genoodzaakt kan zijn de geplande behandeling aan te passen of uit te breiden. Ik geef de toestemming aan de arts om in voorkomend geval elke daad te stellen die noodzakelijk wordt geacht.

Ik verklaar door de arts op de hoogte te zijn gebracht van mijn persoonlijke bijdrage in de **financiële kostprijs** van de geplande behandeling(en). Ik begrijp dat de keuze voor een eenpersoonskamer tijdens mijn behandeling tot gevolg heeft dat het ziekenhuis een kamersupplement kan aanrekenen en dat de behandelende artsen, ongeacht de site van het Iridium Netwerk waar mijn behandeling wordt uitgevoerd, een ereloon supplement van 100 procent kunnen aanrekenen. Ik ben ervan op de hoogte dat de **facturatie** voor alle behandelingen, alsook raadplegingen die in het kader van mijn behandeling zullen plaatsvinden op één van de sites van het Iridium Netwerk zal gebeuren **vanuit GZA Ziekenhuizen**.

Om de **identificatie** van mijzelf en de te behandelen regio te verzekeren, worden verschillende documentatiemethodes gebruikt, onder meer een identificatiefoto.

De arts heeft mij de gelegenheid gegeven om **vragen** te stellen en deze werden voldoende en volledig **beantwoord**. Ik heb zijn (haar) antwoorden ook goed begrepen.

Ik verklaar de arts correct en volledig te hebben ingelicht over mijn **vooraf bestaande gezondheidstoestand** en heb zijn (haar) vragen hierover eerlijk beantwoord. Ik heb de arts in kennis gesteld van een eventuele zwangerschap of het dragen van een pacemaker of defibrillator.

Ik geef hierbij de toestemming voor uitvoering van de hierboven omschreven behandeling(en).

..... [datum]

..... [datum]

.....
 Naam en handtekening patiënt/
 vertegenwoordiger patiënt

.....
 Naam en handtekening arts

