

Patiëntenklever

Informatie- en toestemmingsformulier

Versie xxx

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 als 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 (ongeacht de medische reden van de opname) tot gevolg heeft dat het ziekenhuis een kamersupplement kan aanrekenen en dat de behandelende artsen, ongeacht de site van het Iridium Netwerk waar de opname plaatsvindt, 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

Iridium Netwerk vzw • Oosterveldlaan 22 • 2610 Antwerpen • BE 0885.546.553

RPR Antwerpen • +32 3 443 37 37 • secretariaat@iridiumnetwerk.be • www.iridiumnetwerk.be

AZ Klina • AZ Monica • AZ Rivierenland • AZ Voorkepen • UZA • Vitaz • ZAS

behandeling zullen plaatsvinden op één van de sites van het Iridium Netwerk zal gebeuren **vanuit ZAS Augustinus**.

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. Radiotherapie kan schadelijke effecten hebben op een ongeboren kind. Daarom is zwangerschap tijdens de behandeling gecontra-indiceerd. Indien ik zwanger ben of vermoed zwanger te zijn, dien ik dit vóór de start van de behandeling te melden. Tijdens de volledige duur van de behandeling (en eventueel gedurende een door de arts bepaalde periode nadien) dien ik doeltreffende maatregelen te nemen om zwangerschap te voorkomen, bijvoorbeeld door het gebruik van betrouwbare anticonceptie. Indien ik toch zwanger word tijdens de behandeling, dien ik dit onmiddellijk aan mijn behandelend arts te melden.

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

Gebruik van mijn klinische gegevens voor de verbetering van de kwaliteit van de radiotherapeutische behandeling, voor de verbetering van de veiligheid van radiotherapie en voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek.

In het Iridium Netwerk zijn we voortdurend bezig met het verbeteren van de behandeling en de veiligheid van patiënten. Hiervoor hebben we ook uw klinische gegevens nodig. Uw gegevens die in het kader van de zorgverlening zijn verzameld, worden door het ziekenhuis verder gebruikt voor verbeterprojecten en wetenschappelijk onderzoek en dit in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving over gegevensbescherming en privacy, zoals ook vermeld in het privacybeleid van het ziekenhuis. Er zullen hiervoor nooit geïdentificeerde gegevens (zoals naam en voornaam) van u worden gebruikt. In gevallen waarin het voor het onderzoek nodig is om de gegevens te kunnen koppelen aan eenzelfde persoon, worden uw identificerende gegevens sowieso vervangen door een code zodat de medewerkers en onderzoekers u niet kunnen identificeren. De verbeterprojecten en wetenschappelijk projecten worden altijd voor advies voorgelegd aan een ethische commissie. Uitwisseling van uw gecodeerde gegevens met een partner buiten het ziekenhuis of netwerk voor wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsverbeterende projecten kan alleen nadat het ziekenhuis een contract met deze partner heeft gesloten waarin de bescherming van de gegevens wordt gewaarborgd.

..... [datum]

..... [datum]

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

.....
Naam en handtekening arts