

Werkgroep Extramurale Oogheelkunde
Vereniging ondersteund door BBO, BSCRS en SOOS
Groupe de Travail de la Chirurgie Extramurale
Union soutenue par SOOS, BSCRS, UPBMO
Secretariaat-Secrétariat: Werkgroep Extramurale Oogheelkunde, Gentsesteenweg 109, 8500 Kortrijk, tel: 056258191, email: soos@telenet.be

FORMULIER GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING (VERSIE 15-02)

Voordat wij tot behandeling overgaan, verzoeken wij u deze verklaring te ondertekenen. Hiermee bevestigt u de informatie ten aanzien van de aard, de risico's en verwachtingen te hebben ontvangen, gelezen en begrepen. Zijn er toch nog onduidelijkheden, stel uw vragen dan gerust aan de oogarts.

Naam en voornaam van de patiënt :

Registratie/patiëntnummer :

Geboortedatum :

Adres :

Ondergetekende, verklaart aangaande de volgende oogheekundige ingreep:

< NAAM OPERATIE INVULLEN met Re en/of Li >

- Ik ben op de hoogte dat deze ingreep volgens de Belgische Wetgeving beschouwd wordt als een medische ingreep.
- Ik heb tevoren de door mij gevraagde behandeling grondig overwogen.
- Ik ben op <DATUM VORIG CONSULT> door Dr. <NAAM GENEESHEER> geïnformeerd over de aard en de bedoeling van de medische ingreep. Ik ben geïnformeerd over mogelijke complicaties en risico's van deze medische ingreep. Ik ben geïnformeerd over de mogelijkheden en de beperkingen van de methode. Ik ben geïnformeerd over de alternatieven voor deze medische ingreep en voor het type verdoving. Mij is daarbij de brochure <NAAM, KENMERK EN VERSIENUMMER OF DATUM BROCHURE> verstrekt of ik ben geweest op de website van de oogchirurg/de afdeling oogheelkunde.
- Ik heb de gevraagde informatie over deze behandeling tijdig ontvangen en gelezen. Ik werd uitgenodigd om bij onduidelijkheden of vragen contact met de geneesheer op te nemen.
- Ik begrijp dat het gewenste resultaat van de behandeling niet met 100% zekerheid te garanderen is en dat de kans bestaat dat er

- i.g.v. een behandeling om de bril weg te werken nog een optisch hulpmiddel nodig kan zijn
- i.g.v. een netvliesbehandeling kunnen nog low vision hulpmiddelen nodig zijn;
- i.g.v. keratoconus behandeling kan de evolutie niet gestopt worden, wel kan in de meeste gevallen de achteruitgang vertraagd worden.
- Ik ben volledig ingelicht over het feit dat <<TYPE VERDOVING>>verdooving zal worden toegepast.
- Ik ben op de hoogte dat sommige therapieën niet door EMA (European Medicines Agency) en FDA (Food and Drugs Administration) goedgekeurde behandelingen zijn. De oogarts heeft mondeling uiteengezet waarom gekozen wordt voor deze behandeling.
- Ik kreeg voldoende mogelijkheid om vragen te stellen en heb voldoende en bevredigend antwoord gekregen op alle vragen, die naar aanleiding van de voorgenomen ingreep gerezen zijn.
- Ik ben mij bewust dat de sommige ingrepen door de ziekte verzekering en de private hospitalisatieverzekeraars niet worden terugbetaald en derhalve de kosten niet worden vergoed. Ik heb begrepen dat een deel van de kosten van het vooronderzoek en de behandelkosten daarmee voor eigen rekening komen als er geen tussenkomst is van een verzekering. De verschuldigde kosten van € _____ per oog zal ik binnen de hiervoor gestelde termijn voldoen: <dezelfde dag van behandeling>

Ik verklaar na het bovenstaande gelezen en begrepen te hebben en op basis van alle gekregen informatie, het weloverwogen besluit te hebben genomen de < NAAM OPERATIE > te willen ondergaan aan het < **INVULLEN: LINKER EN/OF RECHTER OOG** > en deze behandeling zo dikwijls als nodig te laten herhalen door dezelfde oogarts. Deze toestemming blijft geldig tot ik haar herroep of tot mijn gezondheidstoestand andere maatregelen vereist. De toestemming om de ingreep uit te voeren wordt gegeven aan Dr < NAAM BEHANDELEND GENEESHEER >

Opgemaakt op:

Te:

De patiënt
(of diens wettelijk gemachtigde)

Behandelend geneesheer

Voor 'gelezen en akkoord'
Handtekening

Handtekening en stempel arts