

Toestemmingsverklaring Orthopedie (Informed consent)

Behandelaar : _____

Soort behandeling : _____

Behandeling: Conservatieve behandeling

Alternatieve behandeling:

Mogelijke complicaties: Bij injectie tijdelijk ontstekingsreactie, tinteling , doofheid in gebied van zenuw.

In te vullen door patiënt(e):

Ik verklaar hierbij, dat er op een voor mij, duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en (indien aanwezig) de risico's en belasting van de behandeling. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. De schriftelijke informatie met betalingsvoorwaarden, behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname van deze behandeling. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan deze behandeling te beëindigen.

Naam patiënt(e) : _____

Geboortedatum : _____

Datum : _____

Handtekening patiënt(e) : _____

- Ik geef aan dat ik op de hoogte ben van de betalingsvoorwaarden. Zie bijlage.
- Ik ga akkoord met de verwerking van onderstaande (persoonlijke) gegevens om de behandeling uit te kunnen voeren:

- * Naam
- * Adresgegevens
- * Geboortedatum
- * BSN
- * Polis gegevens zorgverzekeraar

In te vullen door de behandelaar:

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting verstrekt op de behandeling. Ik zal resterende vragen over de behandeling naar vermogen beantwoorden.

De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan deze behandeling geen nadelige gevolgen ondervinden.

De patiënt heeft minimaal 24 uur bedenktijd.

Naam behandelaar : _____
Datum : _____ Handtekening: _____