

## Toestemmingsverklaring FOAM (Informed consent)

**Behandelaar** : \_\_\_\_\_

**Soort behandeling** : \_\_\_\_\_

**Behandeling:** Voor de middelgrote spataderen die goed zichtbaar zijn, kan worden volstaan met het direct inspuiten van schuim, waarna ze verkleven en op den duur verdwijnen.

**Alternatieve behandeling:** opereren, elastische steunkous

**Mogelijke complicaties:** Flebitis (aderontsteking) <3% DVT trombosebeen < 0,5% Allergische reactie 0,1%

**Advies vervoer:** Bij deze behandeling wordt geadviseerd om vervoer te regelen

### 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 opgaaft 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: \_\_\_\_\_