

## Toestemming operatie/behandeling

Met de ondertekening van dit formulier geef ik toestemming voor de operatie/behandeling en verklaar daarbij het volgende:

- Dat de noodzaak van de operatie/behandeling door mij zorgvuldig is overwogen.
- Dat de behandelend arts mij mondeling heeft geïnformeerd over:
  - de aandoening die ik heb;
  - mijn gezondheidstoestand;
  - de voorgestelde operatie/behandeling;
  - het doel van de operatie/behandeling;
  - de procedure van en rondom de operatie/behandeling;
  - potentiële voor- en nadelen;
  - mogelijke alternatieven;
  - de kans op succes, complicaties en risico's;
  - mogelijke problemen gerelateerd aan herstel;
  - mogelijke resultaten als er geen operatie/behandeling plaatsvindt.

*Deze informatie over mijn aandoening en operatie/behandeling is tevens terug te vinden in de informatie die ik heb ontvangen.*

- Dat ik de instructies en adviezen van medewerkers opvolg.
- Dat ik weet wie mijn operatie/behandeling uitvoert.
- Dat ik de behandelend arts volledig en naar waarheid heb geïnformeerd over mijn gezondheidstoestand.

### Ik heb de volgende informatie ontvangen\*:

- Informatie over mijn aandoening via de informatiefolder.
- Informatie over mijn aandoening via de persoonlijke 'Mijn Bergman Clinics' applicatie.
- Informatie over mijn operatie/behandeling via de informatiefolder.
- Informatie over mijn operatie/behandeling via de persoonlijke 'Mijn Bergman Clinics' applicatie.
- Aanvullend: \_\_\_\_\_

### en verklaar:

- Dat deze informatie mondeling en schriftelijk aan mij is gegeven.
- Dat ik de informatie over de operatie/behandeling heb gelezen en begrepen.
- Dat mijn vragen naar aanleiding van de operatie/behandeling naar tevredenheid zijn besproken en beantwoord.
- Dat ik wijzigingen in mijn gezondheidstoestand tijdig doorgeef aan de behandelend arts.
- Dat ik voorgaande nauwkeurig heb gelezen en dat ik tot een doordacht en afgewogen besluit tot het ondergaan van de operatie/behandeling, onder de hierboven omschreven voorwaarden, ben gekomen.
- Dat ik toestemming geef voor het uitvoeren van onderzoek, dat volgens de geldende richtlijnen bij deze operatie/behandeling hoort.
- Dat ik **wel/geen** toestemming geef dat overtollig restmateriaal dat bij de operatie/behandeling verwijderd is, geanonimiseerd gebruikt mag worden voor niet-commercieel wetenschappelijk onderzoek.
- Dat ik begrijp dat mijn medische gegevens binnen Bergman Clinics kunnen worden gebruikt ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

- Dat ik toestemming geef tot het maken van medische foto-documentatie. Deze foto's zijn enkel bestemd voor mijn medisch dossier.
- Dat uitgelegd is of bij de operatie/behandeling wel of geen lokale verdoving wordt gebruikt. Ik ga akkoord met deze verdovingsmethode.
- Dat ik begrijp dat het kan voorkomen dat gevolgen van de operatie/behandeling (zoals bepaalde complicaties) niet in de de kliniek te verhelpen zijn. In dit geval word ik doorverwezen naar een ziekenhuis.
- Dat ik akkoord ga met de algemene voorwaarden opgesteld door ZKN, die door Bergman Clinics in acht worden genomen, en die staan beschreven op de website van Bergman Clinics (www.bergmanclinics.nl).
- Dat ik op de hoogte ben dat Bergman Clinics een klachtenprocedure en Privacy Statement heeft, welke te vinden zijn op de website van Bergman Clinics (www.bergmanclinics.nl) en zijn op te vragen in de kliniek.
- Dat ik ervan op de hoogte ben en ermee instem dat recepten voor geneesmiddelen die nodig zijn voor mijn behandeling op mijn naam naar een apotheker kunnen worden gestuurd en dat ik daarmee de betreffende apotheker vraag deze geneesmiddelen voor mij te bezorgen en/of ter hand te stellen.
- Dat ik, ten behoeve van de medicatieveiligheid, toestemming geef om medicatiegegevens op te vragen en beschikbaar te stellen middels het Landelijk Schakelpunt (LSP).
- Dat Bergman Clinics | Ogen niet aansprakelijk is voor schade ontstaan door het niet opvolgen van instructies, adviezen of het weigeren van een medische operatie/behandeling.

Ondergetekende heeft in overleg met behandelend arts besloten tot de volgende operatie/behandeling:

Naam arts:\* \_\_\_\_\_

Naam operatie/behandeling:\* \_\_\_\_\_

**Behandelingstype\*:**

Verzekerde zorg: altijd vergoed door de zorgverzekeraar, op het wettelijk vastgestelde eigen risico na.

De hoogte van uw totale eigen risico is afhankelijk van de door u gekozen zorgverzekering.

Onverzekerde zorg: de kosten van de behandeling zijn vastgesteld op \_\_\_\_\_ euro, zegge \_\_\_\_\_ euro.

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Datum ondertekening: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

**Indien de cliënt jonger is dan 16 jaar:**

Naam ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Paraaf medewerker die benodigde informatie verstrekt heeft\*: \_\_\_\_\_

Het toestemmingsformulier is geldig tot de behandeling is afgerond, met een maximum van 6 maanden. Wanneer met u besproken is dat meerdere plekken op het lichaam geopereerd/behandeld worden, geeft u toestemming voor het opereren/behandelen van al deze plekken. Wij zijn altijd bereid om vragen over de operatie/behandeling te beantwoorden en waar nodig meer informatie te verstrekken. Laat het ons ook weten als u meer bedenktijd wenst of tussentijds van de klachten verandert.