

Patiëntgegevens:

*Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,*

*U heeft gekozen voor een behandeling binnen de dienst Urologie van het A.S.Z.
Wij danken U voor het in ons gestelde vertrouwen.*

De dienst Urologie van het A.S.Z. bestaat uit een team van vijf urologen :

Dr. B. Rappe – Dr. F. Peeren – Dr. P. Willemsen – Dr. M. Goossens – Dr. D. Van Compernelle.

De vijf urologen werken in teamverband samen, zowel poliklinisch, als tijdens de heelkundige ingrepen en de hospitalisatie teneinde U een zo optimaal mogelijke behandeling en continuïteit van de zorgen te garanderen.

Aanvullende informatie over de dienst urologie kan u vinden op: www.urologie-asz-aalst.be – www.prostaatcentrum.com.

Als patiënt heeft U recht op informatie over Uw aandoening en de aanbevolen diagnostische, therapeutische en curatieve ingrepen en alternatieven. Pas nadat U alle nodige informatie hierover heeft gekregen, kan U beslissen of/en welke van deze ingrepen U wil ondergaan.

Dit document dient niet om U te verontrusten, integendeel. Dit formulier is bedoeld om de belangrijkste informatie die Uw behandelende uroloog reeds met U heeft besproken, te herhalen. Daarnaast dient dit document om wederzijdse afspraken tussen U en Uw behandelende uroloog te bevestigen.

Indien U dit formulier onderaan tekent, bevestigt U dat Uw behandelende uroloog U voldoende geïnformeerd heeft over de voorgestelde ingreep/opname en dat U akkoord gaat met de gemaakte afspraken hierover. Door de ondertekening van dit document geeft U aan Uw behandelende uroloog en zijn team ook toestemming om de geplande ingreep uit te voeren.

“INFORMATIE - EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HEELKUNDIGE INGREEP/OPNAME”

Type ingreep :

Ik bevestig JA/NEEN een informatiebrochure betreffende deze ingreep ontvangen te hebben.

Ik bevestig dat mij voldoende inlichtingen werden verstrekt aangaande:

- de aard en de gevolgen van mijn aandoening
- de wenselijkheid van de bij mij geplande ingreep/behandeling
- de risico's van de geplande ingreep
- de verschillende alternatieve behandelingsmogelijkheden en hun voor- en nadelen
- de eventuele ongemakken na de ingreep
- de eventuele onmiddellijke of latere complicaties na de ingreep
- de terugbetalingsmodaliteiten van de ingreep door de mutualiteit.

Ik bevestig voldoende tijd gehad te hebben tot het stellen van vragen betreffende mijn ingreep. De arts heeft mijn eventuele vragen voldoende beantwoord en ik heb zijn antwoorden goed begrepen.

Ik begrijp dat door noodwendigheid van de dienst, een andere uroloog van het A.S.Z-team met dezelfde expertise (andere dan mijn behandelende uroloog) kan gevraagd worden deze procedure uit te voeren.

Ik stem toe tot bloedtransfusie, indien nodig.

Indien geen of slechts gedeeltelijke terugbetaling door mijn mutualiteit, heeft mijn uroloog mij medegedeeld hoeveel (bij benadering) de totale kostprijs van de ingreep bedraagt, of hoeveel (bij benadering) het gedeelte bedraagt dat ik persoonlijk moet betalen.

Voor lasertherapie met Holey of Thulium laser wordt poliklinisch een forfaitair ereloon "Planningshonorarium Lasertherapie" ten bedrage van 150 € aangerekend.

Voor REZUM-behandeling wordt poliklinisch een kost van 770 € aangerekend.

Ik besef dat de ziekenhuiskosten voor opname, verblijf en verzorging niet inbegrepen zijn in de kostprijs voor de ingreep en dat deze afzonderlijk via de ziekenhuisfactuur worden aangerekend. De ziekenhuisfactuur bestaat o.a. uit de verblijfkosten, apothekerskosten, medische en paramedische honoraria, eventueel bijkomend gebruikt materiaal, medische hulpmiddelen en producten, en enkele diverse kosten (zoals telefoon, patiëntenvervoer, enzovoort).

Ik besef ook dat de wettelijke supplementen voor verblijf in één of tweepersoonskamer afzonderlijk worden aangerekend via de ziekenhuisfactuur.

Meer informatie hierover kan ik verkrijgen bij het ziekenhuisonthaal en bij mijn mutualiteit.

Ik besef dat voor de ingreep mogelijks op maat gemaakte stukken zoals prothesemateriaal, of specifiek medisch materiaal, hulpmiddelen en/of producten besteld moeten worden. Ik besef dat indien deze niet door mijn mutualiteit worden terugbetaald ik deze zelf moet betalen.

Ik geef hierbij dan ook de toestemming om alle stukken, materialen, hulpmiddelen en/of producten die nodig zijn voor de uitvoering van de ingreep voor mij te bestellen.

Ik begrijp dat, ondanks de goede zorgen van het urologisch team en het medisch personeel, de geneeskundige praktijk geen exacte wetenschap is, dat een opsomming van de mogelijke risico's en complicaties nooit volledig kan zijn en dat ik met mijn uroloog geen overeenkomst kan sluiten over het uiteindelijke resultaat van de ingreep.

Ik begrijp dat in geval van dringende medische noodzaak, de verantwoordelijke uroloog tijdens de ingreep zelf kan beslissen over te gaan tot andere heelkundige verrichtingen dan gepland. Ik geef mijn uroloog en zijn team hierbij de toestemming om in deze omstandigheden elke daad te stellen die noodzakelijk is in het belang van mijn gezondheid.

Ik geef toestemming aan mijn uroloog en zijn team om alle beeldmateriaal, foto's, lichaamsmateriaal en persoonsgegevens die naar aanleiding van de ingreep van mij worden afgenomen of verzameld, anoniem te gebruiken voor onderwijsdoeleinden, wetenschappelijk onderzoek of verwerking in objectieve medisch-wetenschappelijke informatie. Mijn uroloog en zijn team staan ervoor garant dat mijn privacy hierbij op geen enkele wijze wordt geschonden.

<p>Gedaan te</p> <p>Datum</p> <p><u>Naam en handtekening van de behandelende uroloog</u></p>	<p>Ik bevestig deze inlichtingen voorafgaandelijk en tijdig te hebben ontvangen.</p> <p>Ik geef hierbij, en met kennis van zaken en zonder enige beïnvloeding, toestemming tot de geplande ingreep.</p> <p>Gedaan te</p> <p>Datum</p> <p><u>Naam en handtekening van de patiënt</u> (of zijn vertegenwoordiger **) <i>Voorafgegaan door "gelezen en goedgekeurd"</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ** *Indien de patiënt niet in staat is om zijn rechten zelfstandig uit te oefenen, dan moet de door de Wet Patiëntenrechten bedoelde vertegenwoordiger toestemming geven voor de ingreep:*
- is de patiënt meerderjarig, dan is dit de persoon die hij schriftelijk als vertegenwoordiger heeft benoemd. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd, dan is zijn samenwonende partner de vertegenwoordiger. Bestaat deze persoon niet of kan hij niet optreden, dan dient een van zijn kinderen toe te stemmen. Is dit niet mogelijk, dan moet een van de ouders toestemmen. Blijkt ook dit niet mogelijk, dan moet een van zijn broers of zussen toestemmen;*
 - is de patiënt minderjarig (< dan 18 jaar), dan moet minstens een van de ouders toestemming geven. Indien de arts meent dat de minderjarige voldoende mentaal rijp is om zelfstandig toe te stemmen in de ingreep en de risico's en de gevolgen voldoende zelf kan inschatten, mag deze minderjarige alleen toestemmen in de ingreep.*