



OLV Ziekenhuis

ANESTHESIOLOGIE

Campus Aalst
T. 053 72 43 05

Campus Asse
T. 02 300 62 72

Campus Ninove
T. 054 31 21 05

Formulier

Toestemming tot anesthesie

Naam: _____

Adres: _____

Naam huisarts: _____

Contactpersoon: _____

Aandachtig te lezen alvorens te ondertekenen.

Ik bevestig dat ik met een geneesheer van de dienst anesthesie-reanimatie de mij voorgestelde anesthesie besproken heb nadat hij mij geïnformeerd heeft over de voordelen en de mogelijke risico's van de techniek.

Ik geef aan de geneesheer van de dienst anesthesie-reanimatie mijn toestemming om een anesthesie te verrichten of elke andere nodig geachte medische ingreep uit te voeren.

Opgemaakt te _____

Datum _____

Naam: _____

Voornaam: _____

Handtekening: _____

Voorbehouden aan de geneesheer-anesthesist

Ik bevestig dat ik aan de patiënt (ouder, voogd van de patiënt) uitleg heb gegeven over zijn anesthesie en ben van oordeel dat de patiënt de voordelen en mogelijke risico's ervan heeft begrepen.

Opgemaakt te _____

Datum _____

Naam: _____

Voornaam: _____

Handtekening: _____

Opgemaakt met goedkeuring van B.S.A.R. – B.V.A.R.

Campus Aalst
Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. 053 72 41 11
F. 053 72 45 86

Campus Asse
Bloklaan 5
1730 Asse
T. 02 300 61 11
F. 02 300 63 00

Campus Ninove
Biezenstraat 2
9400 Ninove
T. 054 31 21 11
F. 054 31 21 21