

naam patiënt:

medalp[®]

centrum voor ambulante chirurgie -lmst

Dokumentsprache: **D_E_F_I_NL_RUSS_POL**

INFORMATIONS PRÉVENTIVES RELATIVES À TOUTE OPÉRATION

Avant de donner votre approbation à l'opération / au diagnostic à venir, nous devons vous informer que le succès de votre guérison ne peut pas être absolument garanti et qu'en règle générale toute intervention entraîne des risques. Il se peut -dans de rares cas- que les complications suivantes surviennent :

Thrombose/embolie – dommages nerveux / dommages des canaux sanguins – dessèchement ou rupture des plaques métalliques – difficulté de cicatrisation de la blessure – inflammation des os / inflammation des articulations – inflammation du foie – limitation des mouvements

RECONNAISSANCE DES CONSÉQUENCES D'UNE OPERATION

Je confirme avoir été informé -lors d'un entretien médical approfondi- de la nature des maladies ou blessures possibles ainsi que des éventuels effets post-opératoires. J'ai connaissance du déroulement et du but, des avantages et des inconvénients, ainsi que des dangers relatifs à l'opération ou au diagnostic et relatifs à la méthode de traitement choisie par le chirurgien. Je suis aussi conscient des conséquences corporelles, psychologiques ou professionnelles pouvant émaner de l'opération.

Mes questions ont été répondues. J'ai le droit de poser toute question au médecin traitant ainsi que de révoquer mon assentiment à tout moment.

J'ai été informé de la conduite à suivre avant et après l'opération. Je considère avoir entièrement connaissance du déroulement de l'intervention que je vais subir et n'estime pas avoir besoin de plus d'informations.

Je donne mon accord / Nous donnons notre accord à l'opération diagnostiquée / à notre enfant, ainsi qu'à d'éventuels changements de programme au cours de l'opération ou à d'éventuels changements dans le processus de guérison, selon les problèmes pouvant survenir pendant l'intervention – si ces changements sont jugés comme nécessaires par le chirurgien traitant.

J'affirme avoir été informé des douleurs et infirmités pouvant découler de mon état de blessé / patient.

J'ai été informé du coût estimé de l'opération. Si mon assurance maladie ou mon assurance accidents ne prend pas en charge la totalité des frais, je m'engage à régler la différence.

Je déclare ne pas avoir d'autres questions sur l'entretien d'information, sur les méthodes de traitement alternatives, sur les risques typiques ainsi que sur le versement des honoraires liés à l'intervention chirurgicale.

Les parties contractantes conviennent expressément de la responsabilité exclusive du tribunal technique compétent de lmst (CP 6460) et de l'application du droit autrichien, en cas de litiges relatifs au contrat d'acte médical, ainsi qu'au règlement ou honoraires.

Signature du médecin

Signature du patient / des parents

Date : _____

Date : _____