



Dr. PJ (Pieta) Geysers

MB ChB (Stell) MMed (OetG) (Pret) FCOG (SA)

Ginekoloog & Verloskundige • Gynaecologist & Obstetrician

Kerkstraat 148
Rustenburg, 0299
Postnet Suite 83
Privaatsak X82329
RUSTENBURG, 0300

Pr. 1609815

Tel. (014) 594 0340
(014) 594 0341
Faks (014) 594 0342
Tel. (014) 592 7059 (H)
Sel. 083 457 4980

TOESTEMMINGSVORM

Vir Mediese ondersoek, behandeling, of Chirurgie.

Pasiënt: _____

Geboortedatum: _____

DOKTER:(Moet deur dokter voltooi word)

Hiermee bevestig ek dat die volgende aan die pasiënt verduidelik het in terme, wat in my opinie deur die Pasiënt of aan een van die Ouers of Voogde van die betrokke Pasiënt verstaanbaar is.

- Die Pasiënt se gesondheidskondisie.
- Die reeks prosedures en behandeling algemeen beskikbaar aan die Pasiënt.
- Die voordele, risiko's, kostes en gevolge aangaande elke opsie.
- Die Pasiënt het die reg om die gesondheids dienste te weier, en die implikasies / risiko's daarvan, indien hy/sy sou weier.
- Die aard en doel van hierdie voorgestelde operasie, ondersoek of behandeling, naamlik; _____
- Die tipe Narkose, indien enige (Algemeen, Lokaal of Sedasie) _____
- Die moontlike aanvraag vir bloed of bloedprodukte, gedurende of na die prosedure, en die risiko's geassosieer met bloedoortapping, of bloedprodukte.

Handtekening: _____

Datum: _____

Naam van Dokter: Dr. PJ Geysers

PASIËNT / OUER / VOOG / GEMAGTIGDE PERSOON

(Moet ingevul word deur die Pasiënt / Ouer / Voog.)

Ek, die ondertekende, verklaar as volg;

- Ek is die Pasiënt / Ouer / Voog (Omkring asb.)
- Die Dokter genoem op hierdie vorm, het volledig aan my die implikasies hierbo genoem aan my verduidelik.
- Ek bevestig dat ek alles verstaan wat aan my verduidelik is. Alle vrae is aan my beantwoord, en indien ek meer inligting wil hê, moet ek die Dokter raadpleeg.
- Ek verstaan dat daar probleme kan voorkom, selfs wanneer die beste sorg, oordeel en vaardigheid gebruik word. Geen waarborg is aan my gegee deur die Dokter.
- Ek gee toestemming vir die operasie, ondersoek of behandeling soos aan my verduidelik, en die gebruik van die tipe Narkose wat aan my verduidelik is, asook die moontlikheid van n bloedoortapping of die gebruik van bloedprodukte, kan oorweeg word, nodig of wenslik deur die dokter.
- Ek is vertel dat enige proses bykomend tot die ondersoek of behandeling word beskryf op hierdie vorm, sal slegs uitgevoer word indien dit nodig is, en in my beste belange, en kan dit geregverdig word om mediese redes. Ek het aan die dokter gesê, die prosedures genoem hieronder **mag nie** op my uitgevoer word, tensy ek n regeverdige kans gegun is om dit te oorweeg, nie. _____
Ek stem toe tot die bewaring en / of wegdoening van enige weefsel of dele wat verwyder moet word, gedurende die prosedure, deur die gesondheidsfasiliteit en / of Dokter.
Ek verstaan dat ek toestemming mag ontrek, of behandeling op enige stadium mag weier.

Handtekening: _____

Datum: _____

Naam van Pasiënt / Ouer / Voog: _____

Getuies: 1. _____ 2. _____