



# Dr. PJ (Pieta) Geysler

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

## Toestemming vir Amniosintese

Die Prosedure van Amniosintese is aan my verduidelik deur Dr. PJ Geysler.

Ek verstaan die volgende:

- Die risiko vir my baba om Down Sindroom / Trisomie 18/13 is 1 in \_\_\_\_\_
- Daar is n 0.3% risiko van n miskraam as n resultaat van die Amniosintese.
- Die resultaat van die Amniosintese mag abnormaliteite gee, van onsekere betekenis.
- Dat Amniosintese vir die uitsluiting van Chromosoom-abnormaliteite soos Down-Sindroom sal diagnoseer, nie enige ander strukturele defekte of afwykings van die fetus nie.

Omkring asb. Die keuse wat u besluit beskryf:

- Indien daar n resultaat van n abnormaliteit van onsekere betekenis is, **WIL EK / WIL EK NIE** van die resultaat weet.
- Ek wil graag ingelig word oor die resultaat, ongeag die uitslag, **PERSOONLIK MET BESOEK AAN MY GINEKOLOOG OF TELEFONIES**

(Spesifiseer) \_\_\_\_\_

Ek is tevrede dat ek genoegsame inligting gekry het aangaande die prosedure, om n ingeligte keuse te maak, en ek gee toestemming vir die prosedure van n genetiese Amniosintese.

**EK IS ALLERGIES VIR:** \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_ Getuie: \_\_\_\_\_