



# 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

## INGELIGTE TOESTEMMING EN VERSOEK VIR N LAPAROSKOPIE

Ek, \_\_\_\_\_, versoek dat Dr. PJ Geysler en sy kollegas/assistente die volgende chirurgie op my uitvoer:

Laparoskopiese – Plaas n teleskoopagtige instrument in my onderbuik, deur middel van een of meer klein uitsnedes om probleem te diagnoseer, en/ of enige probleme te herstel.

**Diagnose en Prosedure:** Die volgende is aan my verduidelik, en ek verstaan:

- My kondisie is gediagnoseer as: \_\_\_\_\_

- Die doel van die prosedure is: Diagnose en Chirurgiese behandeling wat nodig geag word.

Ek verstaan dat die behandeling gebruik van n lasar mag vereis en/ of elektrocauter tydens die uitvoering van hierdie prosedure. Ek verstaan dat daar geen waarborg vir sukses deur dokter gegee kan word nie.

**Algemene Risiko's van Chirurgie:** Met die uitvoering van die prosedure, is daar algemene risiko's n:

- *Infeksie, Allergiese reaksie, Letsels, Bloedverlies, U kan die funksie van enige ledemaat, of orgaan verloor, Verlamming, Breinskade, Hartstilstand, of selfs Dood. Met inagneming van hierdie algemene Risiko's, mag daar ander moontlike risiko's wees, tydens die prosedure. Hierdie risiko's of komplikasies sluit in, maar is nie beperk tot:* Besering van die bloedvate, buik, blaas, ureter (buis wat die nier en die blaas verbind) deur n punksiewond en/ of lasar brandwond. Formasie van n fistula (n opening tussen die buik, blaas, of ureter en die vagina en/ of vel) wat mag lei tot n volgende operasie of herstel. Kolostomie. Embolisme, wat die verspreiding van gas of ander vloeistof is, wat na ander dele of organe van die liggaam versprei. Snitbreuk. Besering tot die serviks, uterus of buise wat n moontlike bykomende operasie kan vereis, of dalk my vermoë om swanger te raak, of om my swangerskap die volle terym te dra (9 maande), mag beïnvloed. Noodsaak vir n verkennende Laparotomie, wat n groter insnede is, waardeur die nodige Chirurgie uitgevoer kan word. Bloedverlies wat mag lei tot n bloedoortapping, wat u kan blootstel aan die risiko's om HIV of hepatitis op te doen.

**Alternatiewe vorme van behandeling sluit in:**

1. Doen niks en aanvaar die gevolge van my huidige kondisie.
2. Uitvoering van Chirurgie deur n groter insnede in my abdomen.
3. Medikasie.

Hierdie vorme van behandeling is aan my verduidelik, en ek het hierdie Chirurgiese prosedure gekies as metode van behandeling.

**Ingeligte Toestemming:** Ek verstaan en aanvaar dat gedurende die prosedure onverwagte en onvoorsiene toestande kan ontstaan, en dit nodig mag wees vir n verlenging van die prosedure, of om n ander prosedure (nie hierbo genoem nie) uit te voer. Ek versoek dat Dr. PJ Geysler en sy kollegas/assistente die addisionele prosedures mag uitvoer na hulle oordeel.

*Hiermee erken ek dat ek alles deurgelees het, of aan my gelees en verduidelik is, en dat ek alles verstaan. Ek is die kans gegun om vroe te vra, en enige vroe wat ek gevra het is aan my beantwoord en verduidelik.*

Ek verstaan dat medikasie nie n presiese wetenskap is nie, en ek verstaan dat daar geen waarborge kan wees met die eindresultate nie.

Met die inagneming daarvan, versoek ek dat Dr. PJ Geysler en sy kollegas/assistente met die chirurgie kan voortgaan.

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Pasiënt nie in staat om te teken nie? Rede? \_\_\_\_\_ Verwantskap tot pasiënt: \_\_\_\_\_

Persoon wat toestemming gee: \_\_\_\_\_ Getuie: \_\_\_\_\_