

Orthopedische Chirurgie CTM (Care To Move)
Regentiestraat 60 – 9100 St-Niklaas
Tel : 03 / 778 11 11 of 03 / 776 09 19
Fax : 03 / 766 41 22

E-mail : info@caretomove.be
www.caretomove.be

Toestemmingsformulier orthopedische ingreep

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Geplande ingreep:

Operatiedatum:

Chirurg:

Ondergetekende verklaart hierbij

- grondig te zijn ingelicht ivm de bovenvermelde ingreep.
- informatie te hebben gekregen over de ingreep, de opname, de relevante risico's en mogelijke complicaties en de nabehandeling.
- deze informatie te begrijpen.
- de mogelijkheid te hebben gekregen om eventuele bijkomende vragen te stellen.

Ondergetekende geeft de toestemming om de geplande ingreep uit te voeren.

Datum

Handtekening

Dr. Dom K.

Dr. Van Backlé B.

Dr. Van Esbroeck G