



SINT AUGUSTINUSKLINIEK
Ieperse Steenweg 100
8630 Veurne

Tel. nr. 058/33.31.11
Fax. nr. 058/33.30.11

Ambulante opname: Toestemmingsformulier

Ondergetekende, de heer/mevrouw

Geeft hierbij de toelating aan de behandelende geneesheren van de Sint-Augustinuskliniek te Veurne om:

- een internistische behandeling of onderzoek
- een chirurgische behandeling en/of de anesthesie die zij hiervoor nodig achten te laten verrichten op ambulante wijze op :
 - mijzelf
 - mijn minderjarig kind
 - andere:

Heeft de onthaalbrochure gelezen betreffende het dagziekenhuis en zal de pre- en postoperatieve richtlijnen respecteren.

Zal niets meer gegeten of gedronken hebben vanaf middernacht de dag van de operatie, behalve anders bepaald door de anesthesist.

Is er zich van bewust dat het verboden is :

- een auto, fiets of bromfiets te besturen de eerste 24 uur na een verdoving ;
- te werken, alcohol te drinken en slaapmedicatie te nemen de eerste 24 uur na de operatie ;
- machines te bedienen, verbintenissen aan te gaan of verantwoordelijkheden op te nemen die een oordeelkundig inzicht vereisen, de eerste 24 uur na de operatie.

Zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding en de eerste 24 uur na thuiskomst vergezeld blijven van een volwassene die bekwaam is deskundige hulp in te roepen indien nodig.

Is akkoord met een eventuele opname in het ziekenhuis als dit om medische redenen vereist wordt.

Datum :

Gelezen en goedgekeurd (eigenhandig geschreven)

Handtekening

.....