



## Dr Ben Vermaak

M.B.Ch.B. • L.M.C.C. • M.Med(L.et.O) • Stell

Practice Number 030000012009

WELLINGTON PARK • MEDI HOUSE • WELLINGTON ST • DURBANVILLE • 7550

TEL: 021 975 0840/1 • FAX:021 979 1752 • Na Ure/A-Hrs 082 419 4114 •

E-mail: admin@drbenvermaak.co.za

### OPERASIE TOESTEMMINGSVORM

#### DOKTER VERMAAK

Ek bevestig dat ek die volgende aan die pasiënt verduidelik het en dat, in my opinie, die pasiënt en of ouer/voog van die pasiënt dit volledig verstaan het:

- Die pasiënt se gesondheids toestand en status.
- Die verskeidenheid van diagnostiese prosedures en behandelings beskikbaar aan die pasiënt.
- Die voordele, risiko's, koste en gevolge gepaardgaande met elke opsie.
- Die pasiënt se reg om gesondheidsdienste te weier en die implikasies en risiko's verbonde aan sulke weiering.
- Die aard en doel van die voorgestelde operasie, ondersoek of behandeling, naamlik:

---

- Die tipe narkose, indien enige (algemene, lokale of sedasie).
- Die moontlikheid dat bloed en/of bloedprodukte tydens of na die prosedure nodig mag wees en die risiko's verbonde aan die ontvang daarvan.

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

#### PASIËNT/OUER/VOOG

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee soos volg:

- Ek is die pasiënt/ouer/voog(skrap wat nie van toepassing is).
- Dr Vermaak het volledig aan my die aangeleenthede soos bo verduidelik.
- Ek bevestig dat ek alles verstaan wat aan my verduidelik is. Ek het ook antwoorde op al my vrae ontvang, en is ingelig dat indien ek enige verdere vrae het, ek Dr Vermaak moet kontak.
- Ek is bewus van my reg om ander opinies in te win insake my siektetoestand.
- Ek verstaan dat probleme en komplikasies kan voorkom selfs wanneer die beste sorg, oordeel en opleiding/vermoëns gebruik word. Geen waarborge is aan my gegee deur Dr Vermaak nie.
- Ek gee toestemming vir die operasie, ondersoek of behandeling soos aan my verduidelik en tot die gebruik van narkose asook die moontlikheid van bloedoortappings soos nodig geag deur Dr Vermaak.
- Ek is ingelig dat enige addisionele prosedure wat nie op hierdie vorm beskryf is nie, slegs uitgevoer sal word indien dit noodsaaklik en in my beste belang is en indien dit medies geregverdig kan word.
- Ek verstaan dat ek te enige tyd toestemming tot behandeling mag terugtrek.
- **Ek versoek Dr Vermaak om voort te gaan met(skrif in u eie woorde wat u verstaan gedoen gaan word)**

---

Handtekening \_\_\_\_\_ Verwantskap \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Naam van pasiënt : \_\_\_\_\_

MAGTIGINGS NR.: \_\_\_\_\_ DATUM VAN OPERASIE: \_\_\_\_\_