

## GEINFORMEERDE TOESTEMMING

Door de ondertekening van dit document, geef ik de toestemming aan de radioloog om volgende procedure uit te voeren:

### Procedure

PERIRADICULAIRE INFILTRATIE CERVICAAL / LUMBAAL

Identificatieklever

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij:

- voldoende geïnformeerd is over het geplande onderzoek of ingreep

*Alle informatie over deze procedure is steeds beschikbaar in een hiervoor specifiek uitgeschreven infobrochure (op secretariaat radiologie of via website dienst radiologie AZ Sint-Lucas).*

*De arts en/of verpleging van de dienst zijn ook steeds beschikbaar voor verder info en uitleg.*

- op de hoogte is van de mogelijke, doch zeer zeldzame complicaties die in de literatuur zijn beschreven bij dergelijke procedure:
  - bloeding
  - allergische reactie op contrast of toegediende medicatie
  - zeer zeldzame zenuwschade door punctie
  - ontregeling van de suikerspiegel in bloed bij patiënten met suikerziekte (diabetes)
- begrijpt dat de geneeskunde geen absolute wetenschap is. De arts en zijn team zullen alles doen om de tussenkomst te doen slagen. Er kan echter geen verbintenis aangegaan worden betreffende het uiteindelijk resultaat en er is geen absolute garantie op succes.
- de uitvoerende arts en/of de dienst radiologie op de hoogte brengt van eventuele allergieën, gebruik van antistolling of de aanwezigheid van suikerziekte

*Bij vragen omtrent eventuele kosten ten laste van de patiënt, gelieve zich te wenden tot de dienst facturatie van het ziekenhuis (op het telefoonnummer 050 36 57 42 (elke werkdag tussen 08.00u en 12.00u en 13.00u en 16.45u) of via email [info@stlucas.be](mailto:info@stlucas.be);*

Opgemaakt op ...../...../..... te Brugge

Handtekening patiënt / vertegenwoordiger \*