

Toestemmingsformulier behandeling met Calistar-s implantaat

- ☐ Ik heb de patiënten informatie gelezen. Ik heb ook alle vragen kunnen stellen die ik had. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb genoeg tijd gehad om te besluiten of ik de behandeling wil.
- ☐ Ik ben voldoende bekend met de mogelijke risico's bij of na het plaatsen van het implantaat
- ☐ Ik weet dat het verwijderen van het vaginale implantaat niet altijd geheel mogelijk is.
- ☐ Ik vind het goed dat mijn huisarts wordt verteld dat ik een vaginaal implantaat heb gekregen.
- ☐ Ik geef de behandelaar toestemming om informatie op te vragen bij mijn huisarts/specialist(en) die mij behandelt
- ☐ Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruik van mijn gegevens voor kwaliteitsdoeleinden binnen mijn ziekenhuis en voor toevoeging aan de Nederlandse Gynaecologische registratie.
- ☐ Ik wil een vaginaal implantaat voor de behandeling van mijn bekkenbodemverzakking.

Naam van patiënt: _____

Datum: _____ **Handtekening:** _____

Hierbij verklaar ik dat ik deze patiënt volledig heb geïnformeerd over deze behandeling.

Wordt er tijdens het lopende Calistar-s onderzoek informatie bekend dat van belang is voor de patiënt, dan laat ik dit op tijd weten.

Naam van behandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger): _____

Datum: _____ **Handtekening:** _____
