

TOESTEMMINGSVERKLARING VOOR BESNIJDENIS

Ondergetekende,

Naam (ouder of voogd):

Adres: Postcode: Plaats:

verklaart hierbij de vader / moeder / voogd * te zijn van

geboren op

patiëntnummer

en verklaart tevens het ouderlijk gezag / de voogdij over deze jongen uit te oefenen.

Ondergetekende verklaart dat hij / zij de arts van Besnijdenis Centrum Nederland nadrukkelijk verzoekt om bij bovenvermelde jongen een besnijdenis te verrichten.

Tevens verklaart hij / zij dat als een tweede ouder ook het ouderlijk gezag uitoefent over bovengenoemde jongen, deze andere ouder het volledig eens is met dit verzoek en dus geen bezwaren heeft tegen het verrichten van de besnijdenis. Beide ouders dienen dan te ondertekenen !

Ondergetekende verklaart verder bekend te zijn met het volgende:

- dat een besnijdenis een medische behandeling is in de zin van de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- dat er algemene risico's zijn die bij elke chirurgische ingreep kunnen optreden, zoals een nabloeding, een gestoorde wondgenezing en / of een wondinfectie
- dat als complicaties optreden na de besnijdenis, de nazorg wordt geboden door een arts van Besnijdenis Centrum Nederland, die bereikbaar is via telefoonnummer 035-692 9213.
- Deze arts is op de volgende tijden bereikbaar voor nazorg:
 - tot 48 uur na de ingreep: dag en nacht;
 - indien de ingreep langer dan 48 uur geleden is uitgevoerd: tussen 8 en 17 uur op werkdagen
- dat deze nazorg alleen wordt geboden in het centrum waar de besnijdenis heeft plaatsgevonden, wat betekent dat als een patiënt nabehandeling behoeft hij - na voorafgaand overleg met de dienstdoende arts - terug moet komen naar de plaats waar de ingreep is uitgevoerd

Plaats:

Datum: - - 20

Handtekening ouder 1

Handtekening ouder 2

Handtekening patiënt:
(indien ouder dan 12 jaar)