



dr. louis hofmeyr

Toestemming tot behandeling of prosedure

Datum _____

1. Ek, _____ ID _____

gee hiermee toestemming vir die uitvoer van die volgende prosedures:

1. _____

2. _____

deur Dr LM Hofmeyr op myself/my afhanklike/my kind.

Naam van pasient _____

- Dr LM Hofmeyr het aan my 'n algemene verduideliking verskaf vir die redes waarom bogenoemde prosedure/s aangedui is, en het ook die omvang en implikasie van die betrokke prosedure/s, soos wat dit op my siektetoestand van toepassing is, verduidelik. Dr LM Hofmeyr het die voordele en moontlike risiko's van die prosedure/s aan my verduidelik. Dr LM Hofmeyr het moontlike alternatiewe behandeling met my bespreek. Dr LM Hofmeyr het ook die verwagte herstel periode en nasorg aan my verduidelik.
- Dr LM Hofmeyr het my voorsien van 'n inligtingstuk van die prosedure. Ek het die geleentheid gehad om dit te bestudeer en om vrae te vra. Ek was ook ingelig dat dit nie al die aspekte noodwendig dek nie en dat op my aanvraag meer inligting beskikbaar gestel kan word.
- Ek verleen toestemming tot enige radiologiese of diagnostiese ondersoeke / laboratorium toetse / hospitaaldienste wat klinies aangedui is, en deur die dokter voorgeskryf is.
- Dr LM Hofmeyr het ook aan my verduidelik dat ander geneeshere en/of aanverwante gesondheidsdiensverskaffers in my behandeling mag deelneem. Hiermee verleen ek dus toestemming aan sodanige geneeshere of gesondheidsdiensverskaffers. Indien Dr LM Hofmeyr om welke rede ookal nie in staat is om die genoemde operasie / prosedure / behandeling / proses / postoperatiewe sorg te verskaf nie, sal hierdie toestemming uitgebrei word na 'n beskikbare kollega waarvan ek in kennis gestel sal word.
- Geliewe kennis te neem dat Dr LM Hofmeyr nie verantwoordelik is vir enige eise voortspruitend uit wanbehandeling of nalatigheid deur die hospitaal, sy werknemers of verteenwoordigers, of enige deelnemende geneeshere of gesondheidsdiensverskaffers nie.

Dr. LM Hofmeyr
OTOLOGIST AND NEUROTOLOGIST
MBChB(UP) MMED ENT (UP)
HPCSA no. 0408042
Pr. No. 0041637

Prof. LM HOFMEYR NEUROTOLOGIST INC
Reg. no. inc 2013 / 017579 / 21
Reg. no. VAT 4410261004
lmhofmeyr@surgeon.co.za
www.lmhofmeyr.co.za

MEDICLINIC MUELMED
Room 505
577 Pretorius Street
Arcadia 0815
Pretoria

T 012 341 8924
F 086 618 1804
C 082 339 4926

13 Fairway Street
Bellville
7530
Cape Town
(Opp MEDICLINIC LOUIS LEIPOLDT)

T 021 946 3620
F 086 618 1804
C 082 339 4926



7. Ek verstaan dat ek verantwoordelik sal wees vir enige chirurgiese fooie soos aan my verskaf
8. Ek gee toestemming tot 'n bloed/ bloedprodukt transfusie op versoek van die behandelende mediese praktisyn.
9. Ek gee toestemming tot die vernietiging van alle menslike weefsel/been wat tydens bogenoemde prosedure/s verwyder word.
10. Ek gee toestemming dat Dr LM Hofmeyr my prosedure of dele daarvan kan opneem en saam met van my ander inligting kan gebruik vir dokumentasie doeleindes, opleiding, voordragte en lesings en dat my identiteit ten alle tye geheim gehou sal word.
11. Ek gee toestemming dat ander gesondheidswerkers teenwoordig mag wees tydens my prosedure/s om te assisteer of te observeer.
12. Sou my mediese toestand soos gediagnoseer verander voor die prosedure/s en nadat ek hierdie toestemmings vorm onderteken het is die onus op my om alle inligting aan Dr LM Hofmeyr beskikbaar te stel aangesien dit my behandeling en uitkoms kan beïnvloed.
13. Nadat al bogenoemde met my bespreek is, het Dr LM Hofmeyr aan my die geleentheid gegee om verdere vrae te vra en verdere inligting te bekom. Ek is van mening dat ek op hierdie stadium geen verdere inligting benodig nie en dat ek bereid is om met die aanbevole prosedure/s voort te gaan. Ek verstaan dat Dr LM Hofmeyr my reg tot 'n ingeligte gesondheids sorgbesluit respekteer. Die toestemming wat skriftelik deur my verleen word is volkome vrywillig en verklaar ek dat ek wettig in staat is om geldige toestemming te mag verleen. Ek verstaan dat ek hierdie toestemming te enige tyd mag terugtrek totdat die operatiewe prosedure/s of proses begin het.
14. Ek verklaar dat al bogenoemde inligting in 'n verstaanbare taal aan my verduidelik is.

Geteken te _____ op hierdie _____ dag van _____ 20_____

Handtekening _____

Naam _____

Kapasiteit van bogenoemde handtekening _____

(Sien seksie 7 Nasionale Gesondheidswet, 2003(Wet 61 of 2003))

Pasient se handtekening _____

As Getuie _____

Handtekening van dokter _____ Datum _____