**TOESTEMMINGSFORMULIER ORTHOPEDISCHE INGREEP**

Naam :

Adres :

Geboortedatum :

Geplande ingreep :

Operatiedatum :

Chirurg :

Ondergetekende verklaart hierbij :

* Grondig te zijn ingelicht i.v.m. de bovenvermelde ingreep: informatie te hebben gekregen over de ingreep, de opname, de relevante risico’s en mogelijke verwikkelingen en de nabehandeling.
* Deze informatie te begrijpen.
* De mogelijkheid te hebben gekregen om eventuele bijkomende vragen te stellen.
* Toe te stemmen met een bloedtransfusie indien nodig.
* Ik geef vrijwillig mijn toestemming om een **digitaal informatietraject op te starten** voor mijn ingreep waarbij ik op bepaalde tijdstippen vragenlijsten krijg die de arts toestaan om mij op te volgen op afstand. Mijn medische gegevens worden hierbij gebruikt voor mijn opvolging en geanonimiseerd zodat de artsen van Orthokliniek dit kunnen gebruiken in het kader van wetenschappelijke artikels, presentaties en posters. Het gaat enkel over gegevens die verzameld worden binnen de normale klinische praktijk en niet over klinische studies. Ik weet dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken.
* Ik geef geen toestemming om een digitaal informatietraject op te starten.

Ik geef **wel toestemming** aan de artsen verbonden aan Orthokliniek **om mijn medische gegevens te gebruiken** in kader van wetenschappelijke artikels, presentaties en posters op congressen. Het gaat enkel over gegevens die verzameld worden binnen de normale klinische praktijk en niet over klinische studies. Bij de verwerking worden de gegevens geanonimiseerd (mijn identiteit is niet herkenbaar). Ik weet dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken.

* Ik geef **GEEN** toestemming om mijn medische gegevens anoniem te gebruiken in kader van wetenschappelijke artikels, presentaties en posters.

Ondergetekende geeft de toestemming om de geplande ingreep uit te voeren.

Datum : Handtekening :